UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1936 N° 49

CANCERS DU DOS DE LA MAIN

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1936

PAR

Gustave IZARD

MEMBRES DU JURY. . . MM. DUCUING, *Président.*
LAPORTE
SOULA } *Assesseurs.*
SOREL (R.)
BUGNARD, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(LION & FILS)
2, Rue Romiguières, 2

1936

CANCERS DU DOS DE LA MAIN

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1936 N° 49

CANCERS DU DOS DE LA MAIN

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1936

PAR

Gustave IZARD

MEMBRES DU JURY. . . MM. DUCUING, *Président.*
LAPORTE
SOULA *Assesseurs.*
SOREL (R.)
BUGNARD, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(LION & FILS)
2, Rue Romiguières, 2

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	BARDIER
Assesseur		DAMBRIN.
Doyen honoraire		ABELOUS.
Professeurs honoraires		MOSSE.
		SAINT-ANGE
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive		LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologique		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		ROQUES.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du Cancer		DUCUING.
Clinique des voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT.
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS
Clin. maladies cutanées et syphilitiques (Ag. libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Obstétrique		ESTIENNY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS
Zoologie		VALLOIS
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS
Parasitologie		DELAS.
Physiologie		BOUISSET.
Oto-rhino-laryngologie		CALVET.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Médecine		SENDRAIL.
		SOREL (R.)
		MOREL (L.).
Chirurgie		LEFEBVRE.
		BOULARAN.
Pharmacie		FLORENCE.
Physique médicale		BUGNARD.
Obstétrique (chargé des fonctions d'Agrégé)		ESTIENNY.
Secrétaire de la Faculté		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891.)

CE TRAVAIL EST DÉDIÉ :

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE ET A MA TANTE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR P. IZARD

A MA FIANCEE

A MA BELLE-SŒUR

A MES NEVEUX JACQUES ET PIERRE IZARD

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUCUING

Professeur de Clinique Cancérologique
Chirurgien Chef Honoraire des Hôpitaux

Hommage de respectueuse reconnaissance envers notre Maître qui, en toutes circonstances, nous a toujours témoigné des sentiments de vive affection.

Pendant les années où nous avons eu l'honneur d'être son collaborateur, il nous a permis journellement de bénéficier de son savoir et nous a donné sans cesse l'exemple de la plus haute probité scientifique et de la plus haute conscience professionnelle.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LAPORTE

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR L.-C. SOULA

Professeur de Physiologie
à la Faculté de Médecine de Toulouse
Directeur de l'Institut Régional d'Education Physique

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. SOREL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BUGNARD

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A Monsieur le Professeur agrégé P. GUILHEM

A Monsieur le Docteur G. TOURNEUX

A Monsieur le Docteur L. DUCUING

A Monsieur le Docteur De BERTRAND-PIBRAC

A MES AMIS

Introduction et Définition du Sujet

On désigne sous le nom de cancer du dos de la main, des tumeurs développées aux dépens de l'épiderme de cette région.

La thèse que nous soutenons, dont le soin nous a été confié par notre maître, Monsieur le Professeur Ducuing, comprendra plusieurs chapitres répartis comme suit :

Historique ;
Rappel Anatomique ;
Anatomie Pathologique ;
Etiologie ;
Symptomatologie ;
Diagnostic ;
Formes Cliniques ;
Evolution et Pronostic ;
Traitement ;
Observations du C. A. T. ;
Conclusion ;
Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Bien que l'existence d'un épithélioma au niveau du dos de la main ait été vraisemblablement observée de tout temps, il est à remarquer que l'étude de cette localisation cancéreuse n'a commencé que vers le début du siècle dernier et que pendant très longtemps les auteurs se sont bornés à ne rapporter que des cas isolés.

La première observation en date semble avoir été attribuée à ROBINSON en 1836 ; elle est suivie ultérieurement de celle de BOWEN, 1849, de CHASSAIGNAC et de LAWRENCE, 1852, de SZOKALKI, 1853, de BABINGTON, 1856, de HODGE et BIRKETT, 1857, de ROGER DE MOTT et de BRYANT, 1859, de FERGUSSON, 1864, d'HUTCHINSON et de WATSON, 1866, de DELAGARDE, 1867, de RICHARDSON, 1869, de DUER et de QUINT, 1870, de MUSSEY, de MELDON et de PANCOAST, 1872, de WAITZ, de SECLEY et de FRUSCI, 1877, de BELLAMY et de SHEPHERD, 1879, de BECK, 1880, de PRINCETEAU, 1887, de PURCELL, de LIBER et de DUCHAMEL, 1889, et de RETOUL, 1893.

Il faut en arriver à la thèse d'ASTIE, 1895, qui ne groupe d'ailleurs que des observations toulousaines, pour

trouver le premier travail relatif à cette question. Les mémoires d'HEURTAUX, 1860, de MICHEL et de WEISS, 1891, bien que contenant des documents fort intéressants, se rapportent au cancer en général ou au cancer des extrémités des membres et n'ont pas en vue une étude spéciale des cancers du dos de la main.

Cette question fut reprise quelques années plus tard dans la thèse de LABICHE, 1897. Cette thèse, bien que ne groupant que 29 observations, réalise pourtant une très bonne mise au point. De nouveaux cas signalés par WIART, par MORESTIN, 1899, par Mac GUIRI, 1900, par Marc DONAGH, 1901, furent suivis des thèses de LE GOUEDIC, 1902, de GARNIER, 1903, de BOUCHE, 1906, ainsi que des observations de RATHON, 1906, et de TIXIER, 1907. La thèse de PÉRALDI, 1910, les articles de DUBREUIL et de PARKER, 1912, de BALWIN et de TOURNEUX et DUCUING, 1929, apportant de nouvelles observations de cancer du dos de la main, en ont permis une étude d'ensemble plus complète. Enfin, le Précis de Cancérologie de notre maître le Professeur DUCUING résume dans ses grandes lignes pour l'étudiant et le praticien les principaux chapitres de cette question.

CHAPITRE II

Rappel Anatomique

Nous n'indiquerons que quelques brèves notions anatomiques utiles pour la compréhension du sujet.

I. — Limites du dos de la main. — Nous limitons la région qui nous intéresse par quatre lignes : en haut, par une ligne passant par la pointe des apophyses styloïdes du radius et du cubitus ; en bas, par une ligne passant par la racine des quatre derniers doigts ; en dehors, par une ligne partant du bord radial de l'index et atteignant le bord radial du poignet ; en dedans, par une ligne partant du bord cubital de l'auriculaire et atteignant le bord cubital du poignet.

II. — Rapports entre la peau du dos de la main et les éléments sous-jacents. — La peau du dos de la main est mince, sans pannicule adipeux ; elle est presque immédiatement en contact avec les tendons extenseurs des doigts, avec les petits os du carpe et leurs articulations, avec les métacarpiens et les articulations métacarpo-phalangiennes.

III. — Lymphatiques de la peau du dos de la main. — Ces lymphatiques, comme ceux des os et des articulations sous-jacentes, se rendent aux ganglions épitrochléens et anx ganglions axillaires. Insistons sur ce fait que ces vaisseaux lymphatiques présentent de longs trajets anti-brachiaux entre les relais ganglionnaires épitrochléens et axillaires.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

I. — Caractères macroscopiques

1° Siège et point de départ. — L'épithélioma du dos de la main débute en un point quelconque de cette région, souvent sur le milieu, parfois près de la tête des métacarpiens. Il naît rarement sur une peau saine, parfois sur une cicatrice, fréquemment sur une kératose sénile, le plus souvent sur une verrue.

2° Description. — A la période d'état, le cancer se présente soit sous la forme d'une ulcération, soit sous la forme d'une tumeur bourgeonnante, soit sous la forme d'une fissure ; son volume est variable ; il peut quelquefois recouvrir tout le dos de la main. Lorsqu'il s'agit d'une ulcération, ses bords sont renflés, en bourrelets durs au toucher. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur végétante, sa base est indurée et infiltre les téguments. Nous n'insisterons pas sur ces différentes formes que l'on retrouvera plus en détail à la Symptomatologie et aux Formes cliniques.

3° Envahissement local. — Le cancer du dos de la main franchit facilement les limites de la peau. Il est à remarquer au sujet de cette propagation cancéreuse que la peau qui recouvre cette région est particulièrement mince, qu'elle est dépourvue de toute espèce de pannicule adipeux et qu'elle n'est séparée des plans profonds que par une nappe peu importante de tissu cellulaire sous-cutané. C'est ce qui explique la rapidité avec laquelle la néoplasie, une fois qu'elle s'est mise à évoluer, envahit les plans sous-jacents, infiltrant les tendons, les muscles, les os, les articulations, parfois même les vaisseaux et les nerfs. A un stade avancé de son évolution, elle peut donner une arthrite suppurée du poignet ou des articulations métacarpo-phalangiennes.

4° Retentissement ganglionnaire. — Il ne faut pas oublier que le premier relai ganglionnaire des lymphatiques des os de la main est situé au niveau de l'épitrochlée et que le second se trouve dans le creux axillaire.

Dans la statistique de notre maître le Professeur Ducuing et du Docteur J.-P. Tourneux, qui porte sur 23 cas, il a été constaté :

Pas d'adénopathies.	13 cas
Adénopathies épitrochléennes.	2 cas
Adénopathies axillaires.	2 cas
Adénopathies axillaires et épitrochléennes.	2 cas

Dans les 35 observations recueillies au Centre Anti-Cancéreux de Toulouse, nous avons relevé la répartition suivante :

Pas d'adénopathies.	21 cas
Adénopathies épitrochléennes.	
Adénopathies axillaires.	10 cas
Adénopathies axillaires et épitrochléennes.	4 cas

5° Généralisation. — Elle se voit quelquefois. Le Professeur Ducuing et le Docteur J.-P. Tourneux l'ont observé 2 fois sur 23 cas. Nous n'en avons aucun cas dans notre statistique.

II. — Caractères microscopiques

Les cancers du dos de la main se développent dans la majorité des cas aux dépens de l'épithélioma des glandes sébacées ou sudoripares.

Ces cancers sont presque toujours des cancers *spino-cellulaires*. Dans la statistique de notre Maître, M. le Professeur Ducuing et du Docteur J.-P. Tourneux, on trouve sur ces 23 cas :

19 spino-cellulaires ;
2 baso-cellulaires ;
2 cancers de nature indéterminée.

Dans notre statistique, sur 35 observations, nous trouvons :

31 cas spino-cellulaires ;
4 cancers de nature indéterminée.

CHAPITRE IV

Etiologie

L'origine des épithéliomas du dos de la main est obscure et l'on peut dire que l'on ne connaît pas de causes certaines locales ou générales qui puissent être considérées comme étant les causes déterminantes de ces tumeurs. Faisons remarquer, toutefois, que très souvent leur apparition a été précédée ou accompagnée par des irritations locales, qui paraissent avoir une part dans le développement, sinon dans la production de ces néoplasmes. Il y a donc là tout au moins des causes locales prédisposantes et adjuvantes qui peuvent être groupées en 4 classes, comprenant : les traumatismes, les dermatoses, les papillomes et les cicatrices.

Les traumatismes paraissent jouer un rôle assez considérable dans le développement de ces tumeurs et viennent bien souvent se surajouter aux autres agents d'irritation. Cependant, le traumatisme à lui tout seul paraît favoriser la néo-formation épithéliale que l'on observe à la face dorsale de la main, qu'il s'agisse de traumatisme seul (Fox, Bunch), de piqûres d'épines

(Heurteaux, Tixier), d'égratignures par branche d'arbre (Rathon) ou de morsure (Chassaignac). Les plaies contuses, les frottements répétés seraient également, au dire des malades, souvent à l'origine de ces lésions et c'est ainsi que pourraient s'expliquer les épithéliomas dits professionnels, qui sont si fréquents au niveau du dos de la main.

Les dermatoses se retrouvent aussi bien souvent dans l'histoire clinique des malades et c'est ainsi que l'on a pu particulièrement incriminer l'eczéma chronique (Cumston), le psoriasis, le lupus (Waitz, Morestier), le xéroderma pigmentosum. Les ulcères de toutes sortes ont été également signalés comme étant dans un certain nombre de cas le point de départ d'un épithélioma (Janzion) et il convient enfin de signaler la fréquence de ces lésions de la peau plus ou moins disséminées, connues sous le nom de séborrhée sénile ou crasse des vieillards, qui se recouvrent de croûtes souvent enlevées et qui, après une évolution extrêmement lente, donnent naissance à des épithéliomas nettement caractérisés.

Les papillomes sont peut-être les plus constants des facteurs étiologiques de l'épithélioma du dos de la main (Rémilly, Viart, Richardson, Foote, Duer). Apparaissant au cours de l'adolescence ou de l'âge mûr, généralement sous la forme de verrues, ils sont probablement favorisés dans leur développement par la malpropreté ce qui explique sans doute leur présence fréquente chez les laboureurs et garçons d'écurie. Ces productions épithéliales sont presque toujours bénignes, et ce n'est que sous l'influence des traumatismes répétés ou de

traitement inopportun, tels que cautérisation ou grattage, qu'elles arrivent à la malignisation.

Les cicatrices enfin sont aussi une des causes, et non des moindres, des épithéliomas du dos de la main et en particulier les cicatrices anciennes (Beck, Coenen, Melchoir). Toutes, quelle que soit leur origine, peuvent aboutir à cette dégénérescence, qui s'observe surtout à la suite de cicatrices de brûlures (Sullivan, Lapeyre), ainsi que de radio-dermites provoquées par les rayons X (Potherat). Comme ces cicatrices siègent très souvent sur le dos de la main, on comprend aisément l'importance qu'elles ont dans l'étiologie du cancer. Il est cependant des épithéliomas pour lesquels on ne retrouve aucune de ces causes et qui semblent s'être développés aux dépens de tissus en apparence sains.

Certains ont prétendu qu'il serait peut-être possible, pour expliquer la formation du cancer, d'invoquer des traumatismes ignorés ou même des frottements répétés.

Les causes locales qui viennent d'être énumérées jouent assurément un rôle dans le développement de ces épithéliomas, mais, comme elles ne sont ni nécessaires, ni absolues, puisque ces tumeurs peuvent se produire en leur absence, et que d'autre part leur présence ne suffit pas à provoquer leur apparition, ce rôle ne doit probablement être que secondaire, consistant sans doute à réveiller ou à accélérer l'activité de certaines productions pathologiques se développant sous une influence que nous ignorons encore aujourd'hui.

Quant aux causes générales, elles sont plus obscures encore dans leur action que les causes locales, bien que

la question d'âge, de sexe, d'hérédité et de profession aient assurément une influence plus ou moins grande dans la génèse des néoplasmes.

L'âge est de toutes ces causes générales celle qui a le plus d'importance. C'est en effet au déclin de la vie que l'on observe le plus souvent le cancer du dos de la main. Exceptionnel dans l'enfance (BRYANT) et dans l'adolescence (DUCUING), rare avant 50 ans, l'épithélioma se voit surtout à partir de 65 ans.

Au point de vue du *sexe*, le néoplasme est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme dans la proportion de 3 contre 1.

En ce qui concerne la notion d'*hérédité*, très importante pour certains, tels que SZOKALSKI, qui l'avait notée dans 3 de ses observations, elle le serait beaucoup moins pour d'autres auteurs.

Certaines *professions*, telles que journaliers, bouchers, marchands de poissons, par suite de frottements sans cesse répétés, de piqûres et d'irritations, prédisposeraient au développement du cancer du dos de la main.

Mais il ne faut pas oublier qu'il convient dans ces cas de tenir compte de la malpropreté. L'affection se voit avec une plus grande fréquence dans les classes pauvres et peu soigneuses et en particulier les habitants des campagnes y paraissent surtout exposés.

Enfin, certains auteurs avaient signalé l'influence que certains *climats* avaient sur le développement de la tumeur. Cette opinion paraît des plus contestables.

Quant à la *fréquence* des cancers du dos de la main, elle paraît des plus difficiles à évaluer. Notre maître,

M. le Professeur Ducuing, en quelques années seulement, a pu observer 23 cas, c'est dire qu'ils ne sont pas rares.

D'ailleurs, il est infiniment probable que bon nombre de vieillards négligeants ou négligés, meurent avec un de ces néoplasmes sans avoir jamais été examinés ou soignés pour cette lésion.

CHAPITRE V

Symptomatologie

L'épithélioma du dos de la main peut se manifester d'emblée, mais dans la plus grande majorité des cas le tableau clinique diffère quelque peu au début, et l'on conçoit fort bien que l'on puisse, dans certaines observations, décrire une période de latence d'une très grande durée.

Tous les états pré-cancéreux qui ont été énumérés peuvent, en effet, être considérés par certains auteurs comme représentant la période de début du cancer.

En réalité, le début se manifeste par les signes physiques qui caractérisent la première phase de la période d'état. On peut, en effet, d'une façon générale, considérer à l'épithélioma du dos de la main deux phases cliniques successives résultant d'un état anatomique différent et donnant à la maladie un cachet spécial, souvent même une source d'indications thérapeutiques particulières.

Mais avant de commencer la description détaillée de ces deux périodes, il convient de faire remarquer que cette division, quoique essentiellement clinique, reste toujours un peu schématique, car ici, comme dans tous

les cadres de classification, les limites ne sont pas mathématiquement bien tranchées. Si, en effet, certains épithéliomas séniles restent longtemps à l'état de petite tumeur sous-épidermique, d'autres, au contraire, représentent une plus grande malignité et donnent très tôt le tableau complet de la seconde période.

1° Cancer non ulcéré. — Il s'agit le plus souvent d'individus âgés appartenant pour la plupart à la classe ouvrière. Le début est insidieux et passe généralement inaperçu.

Au point de vue des symptômes physiques, c'est la présence de la *tumeur* qui attire presque toujours l'attention du malade. Siégeant sur la face dorsale de la main, elle consiste en une induration dont les limites sont dès le début assez difficiles à préciser très exactement. Cette induration, souvent aplatie, peut, au contraire, dans certains cas, présenter une saillie arrondie en cerise faisant, dès son apparition, corps avec la peau. Si l'on essaie, en effet, de pincer et de mobiliser la peau au-dessus de cette tumeur, on s'aperçoit que la chose est impossible. Un des signes caractéristiques, a dit Delbet, c'est l'absence de toute circonscription, c'est l'impossibilité de voir nettement les limites de la tumeur ; on ne sent, ni où elle commence, ni où elle finit. Même dans la période pré-ulcéreuse, la peau au-dessus de la tumeur n'est pas absolument saine ; elle présente cet aspect chagriné de la peau d'orange, indice des adhérences cancéreuses. Dans d'autres cas, le cancer du dos de la main débute par une sorte de *bouquet de papilles* hypertrophiées reposant ou non sur une base unique. Ce sont des granulations grosses

comme des grains de millet faisant une saillie hémisphérique. La coloration de ces tumeurs papillaires est grisâtre ou rosée et l'on distingue souvent dans leur voisinage des stries formées par des *capillaires dilatés*. D'autres fois, enfin, le cancroïde du dos de la main débute par un *tubercule grisâtre* ou rosé du volume d'un grain de froment ; cette production fait au niveau de la surface cutanée une saillie également hémisphérique, inégale, lobulée et sessile.

Les symptômes fonctionnels de cette période sont très peu accusés et parfois même inexistants.

La majorité des auteurs signale le *prurit* dont la persistance présenterait un caracère diagnostique assez important (Cumston). C'est au niveau d'une ancienne cicatrice, d'une verrue qu'il se localise, son intensité peut être assez grande et l'on conçoit l'importance que ce symptôme peut avoir dans l'évolution de la maladie. Par suite du grattage qu'il oppose à ces démangeaisons incessantes, le malade devient, en effet, lui-même la cause d'une irritation continue qu'influence la marche de l'affection ; le traumatisme ainsi produit incessamment provoque l'ulcération.

La *douleur* est un symptôme très peu marqué dans cette période ; son absence contribue même à poser le diagnostic. On a vu des tumeurs épithéliales à marche lente être portées pendant de nombreuses années sans que le malade en fit aucun cas ; d'autres fois, il se produit quelques sensations de picotement, une légère douleur sourde. La *gêne fonctionnelle* ne présente à cette période de début aucun caractère bien précis, elle manque le plus souvent, à moins que la tumeur ne siège au niveau d'un pli articulaire, d'une jointure mobile,

telle que le poignet ou une articulation métacarpo-phalangienne. Il est à noter que dans quelques cas très rares, il est vrai, et à évolution ultra-rapide (HODGE, CLIFTON) il se produit un *retentissement ganglionnaire* avant que la tumeur primitive se soit ulcérée.

2° CANCER ULCÉRÉ. — Ce deuxième stade de l'évolution du cancer du dos de la main se produit fatalement, et le moment de son apparition ne constitue qu'une question de temps. Il se manifeste sous trois états : fissuraire, en chou-fleur et ulcéreux.

La forme *fissuraire* se présente sous l'aspect d'une étroite perte de substance dont les bords sont taillés à pic et qui ne possède aucune tendance spontanée à la cicatrisation. L'écartement des lèvres est assez limité et leur induration est manifeste ; souvent, elles se boursoufflent. Leur surface extérieure prend un aspect luisant et la peau s'amincit à leur niveau. Le versant tumoral est en pente douce. La sécrétion est en général peu abondante, constituée par un peu de liquide louche très légèrement teinté de sang. Cette forme fissuraire est assez douloureuse ; mais l'évolution est très lente. Dans la forme en *chou-fleur,* qui est la plus fréquemment observée, la tumeur, se détachant d'une façon très nette de la peau qui l'entoure, présente à considérer un fond, un pourtour et une zone environnante.

Le fond est irrégulier, tomenteux, recouvert de bourgeons indurés dont la surface cruentée est souvent le siège d'hémorragies plus ou moins abondantes. Dans les sillons séparant les bourgeons, se dépose un magma constitué par du sang coagulé, de la sérosité purulente, des poussières, ce qui leur donne une coloration bru-

nâtre qui tranche sur celle des bourgeons. Ainsi constituée, l'ulcération à un certain moment peut présenter une tendance à l'excavation ; on voit le fond s'éliminer progressivement, alors que les bords restent surélevés, forment une pente en entonnoir à surface irrégulière.

Les bords de ce chou-fleur sont épaissis et indurés, leur surface n'est souvent pas ulcérée, mais à leur niveau la limite de l'épiderme est plus irrégulière en certains points. L'ulcération peut envoyer vers la périphérie des expansions plus ou moins importantes. Ses bords sont généralement à pic du côté interne et descendent en pente douce vers la peau environnante.

Quant à la zone environnante, elle offre ceci de particulier qu'elle se continue avec la tumeur et qu'elle présente ou bien des traînées indurées, indices d'une propagation, ou bien encore des nodules isolés dont la nature néoplasique ne peut laisser aucun doute.

La troisième forme, la forme *ulcéreuse,* s'oppose à la précédente. Il n'existe presque pas de saillie sur le plan environnant, les bords un peu épaissis sont à peine surélevés ; par contre, le fond est creusé, la tumeur s'infiltre par la base et se creuse en surface ; elle adhère très rapidement au plan sous-jacent.

Dans ces trois formes, la sécrétion n'est jamais très abondante ; elle est constituée par un liquide sanieux, épais, brunâtre, se coagulant facilement sous l'ulcération et formant une croûte qui peut avoir une certaine adhérence avec la tumeur, mais en est séparée, le plus souvent, par une petite couche de pus, ce qui fait qu'elle n'adhère nettement qu'à la périphérie. Lorsqu'un traumatisme ou un contact un peu violent la fait tomber, il se produit presque toujours une petite

hémorragie. La forme en choux-fleur est celle qui saigne le plus abondamment. Pendant cette période d'ulcération, les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus marqués.

La *douleur* qui a tant tardé à se manifester, prend rapidement un caractère assez aigu et peut acquérir une intensité telle qu'elle constitue, à elle seule, une indication opératoire ; elle est due à l'envahissement par le néoplasme des terminaisons nerveuses, parfois même des troncs nerveux. D'abord, bien limités, les phénomènes douloureux prennent rapidement le type de névralgies irradiées, rebelles, d'un traitement très difficile.

La *gêne des mouvements* devient plus ou moins considérable et peut en arriver à supprimer complètement la valeur fonctionnelle de tout le membre. Cette gêne est due à l'envahissement en surface de la tumeur, à la propagation en profondeur et surtout à l'infiltration des tendons des extenseurs qui sont alors immobilisés. Plus tard, lorsque les divers plans souples ont été atteints, le néoplasme arrive en contact du squelette osseux, lui adhère et l'envahit, ainsi que les articulations, rendant tout mouvement matériellement impossible et réalisant la *main clouée.*

Une *odeur nauséabonde* se dégage d'une façon habituelle de la tumeur ; elle résulte du sphacèle des parties mal nourries, des desquamations épithéliales et quelquefois aussi des nécroses osseuses profondes. Arrivé à la deuxième période de son évolution et parfois déjà avant, le cancer du dos de la main présente des propagations qui peuvent être à la fois régionales et générales. A côté de l'expansion régionale consistant

en *infiltration* des tendons, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, des os et des articulations, la *propagation ganglionnaire* est de beaucoup la plus importante. Souvent, le ganglion épitrochléen est pris précocement et l'adénopathie axillaire des plus fréquentes.

Les ganglions d'abord libres et mobiles ne tardent pas à se fixer entre eux ; ils parviennent ainsi à former de grosses masses qui remplissent tout le creux de l'aisselle et arrivent à gêner considérablement les mouvements du bras.

En outre, par leur volume, ces ganglions finissent par comprimer le paquet vasculo-nerveux avec lequel ils contractent des adhérences parfois très solides ; on voit dès lors tous les troubles qui s'ensuivent : œdème du bras et douleurs névralgiques des plus intenses.

Dans certains cas, ces adénopathies peuvent s'ulcérer et les hémorragies fréquentes qui se manifestent, plus dangereuses par leur répétition que par leur abondance, contribuent à augmenter la cachexie cancéreuse.

Quant aux *propagations à distance,* elles se produisent un peu plus tard au niveau de la peau (Robinson), des viscères (Birkett, Fox), de la colonne vertébrale (Parker) et ne diffèrent pas, en somme, des autres généralisations cancéreuses.

C'est à ce moment que commence à s'installer la *période cachectique.* Les forces du malade déclinent rapidement, l'amaigrissement devient de plus en plus marqué, les hémorragies locales prennent un caractère anémiant par leur répétition, les douleurs entraînent l'insomnie ; enfin, la fièvre, due à l'infection, apparaît et la généralisation s'installe. La mort du malade ne tarde pas à survenir.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic du cancer du dos de la main doit être posé aux deux phases successives de son évolution.

1° Cancer non ulcéré. — Le diagnostic est toujours délicat, car la néoplasie épithéliale ne présente au début aucun signe pathognomonique suffisant par sa seule présence pour la caractériser, aussi convient-il de passer en revue les différentes lésions avec lesquelles elle a pu être confondue.

La *verrue* doit tout d'abord être distinguée du cancer. Au point de vue anatomo-pathologique, ces deux tumeurs sont assez voisines bien que d'un pronostic différent. La verrue est une tumeur grisâtre, dure, indolore, consistante, constituée par une hypertrophie papillaire de la peau ; avec ces caractères, elle pourrait simuler un épithélioma. Il existe cependant un ensemble de signes qui permettent de différencier les deux affections ; la verrue se montre surtout chez les jeunes ; elle est rarement unique, sa surface est sèche et malgré ses irrégularités ne suinte jamais ; elle fait enfin nettement saillie au-dessus de la peau environnante et est

bien délimitée. Si on soulève sa portion superficielle, on voit apparaître un certain nombre de petits points rougeâtres, dûs à la section des vaisseaux qui la pénètrent. L'épithélioma, au contraire, survient dans la seconde moitié de la vie, sa surface est recouverte d'une croûte sèche, et lorsque la croûte tombe, on trouve une surface humide, parfois bourgeonnante. Un autre signe différentiel peut être tiré de l'évolution ; la verrue reste à peu près toujours stationnaire alors que l'épithélioma, au contraire, se développe toujours.

Le diagnostic se complique un peu du fait des dégénérescences épithéliomateuses des verrues ; dans ces cas, le ramollissement de la tumeur et particulièrement celui de sa partie superficielle, les sensations anormales de prurit et l'apparition d'un bourrelet à la base de la tumeur, doivent particulièrement attirer l'attention et faire redouter la malignisation.

Les *cornes* sont des excroissances épidermiques qui se développent chez les vieillards souvent à la suite de frottements répétés. Elles présentent les caractères d'être ordinairement uniques, indolentes et d'avoir comme siège de prédilection la face dorsale de la main. Comme leur structure les rapproche assez sensiblement des épithéliomas, leur évolution doit être particulièrement surveillée. Elles sont nettement délimitées et leur accroissement est extrêmement lent, aussi toute modification de leur manière d'être, et en particulier, leur ulcération doit-elle les faire considérer comme suspectes et justiciables d'un traitement actif.

Les *chéloïdes* sont des tumeurs conjonctives situées dans l'épaisseur du derme et développées habituellement sur les cicatrices. Elles présentent un aspect al-

longé ou une forme étoilée ; leur consistance est dure et leur surface est recouverte de peau lisse, rosée, brillante et amincie. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes et n'offrent aucune tendance à l'ulcération, ce qui donne un groupement de caractères permettant de trancher le diagnostic.

Quant aux autres tumeurs, telles que lipomes, fibromes, enchondromes et sarcomes, elles sont exceptionnelles au niveau du dos de la main et présentent d'ailleurs un ensemble de particularités permettant aisément de les différencier.

2° Cancer ulcéré. — Le diagnostic est plus facile surtout si l'on se trouve en présence d'une forme en chou-fleur. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'épithélioma du dos de la main peut être confondu avec des ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, voire sporotrichosiques.

Les *ulcérations tuberculeuses* sont, en général, assez rares, surtout au dos de la main ; elles se montrent plus particulièrement chez l'enfant, elles sont multiples et précédées d'engorgement ganglionnaire. En outre, l'aspect de ces ulcérations diffère notablement de celui des épithéliomas ; elles présentent un fond rougeâtre, blâfard, leurs bords sont mous, minces, irréguliers et décollés ; il n'existe jamais d'induration profonde et enfin la perte de substance offre une tendance à la guérison et cela seul suffit à la faire reconnaître.

Les *ulcérations syphilitiques* de la main ont été quelquefois prises pour des épithéliomas. Le chancre, par son aspect et son induration, peut donner le change, mais dans ces cas, on trouve des antécédents ou des

phénomènes concomitants et, de plus, l'évolution fixe assez rapidement le diagnostic. Les ulcérations tertiaires sont assez facilement distinguées par leur multiplicité et le peu d'induration de leurs bords ; d'ailleurs, un fond pseudo-membraneux, grisâtre, humide, donnant issue à un pus verdâtre, et des parties voisines offrent la teinte cuivrée caractéristique.

Quant aux *ulcérations sporotrichosiques*, qui ne sont que la conséquence de l'évacuation spontanée ou chirurgicale d'un abcès hypodermique, elles présentent des bords boursouflés ou amincis et décollés, limitant une surface suintante, atone et indolente, ne rappelant que de très loin les caractéristiques des tumeurs malignes.

Il existe, en somme, un ensemble de données suffisamment précises pour permettre de différencier le cancer des autres lésions pouvant se développer au niveau du dos de la main. Dans le cas où un doute pourrait subsister sur la nature de l'affection, il est inutile de chercher à poser le diagnostic en instituant comme autrefois un traitement d'épreuve par l'iode ou par le mercure : on peut être fixé en quelques heures par une *biopsie.*

CHAPITRE VII

Formes Cliniques

Nous distinguerons quatre formes cliniques du cancer du dos de la main. Ces formes sont dues à la prédominance d'un des signes physiques déjà décrits.

1° Forme fissuraire. — C'est une petite fissure en un point quelconque du dos de la main. Les bords sont légèrement surélevés, les lèvres indurées s'écartent peu. La lésion est peu suintante, quelquefois prurigineuse. Cette forme est assez rare.

2° Forme en chou-fleur. — Les parties saillantes du chou-fleur sont rouges et saignantes. Les sillons sont plus ou moins profonds, ils renferment du sang, de la fibrine, des poussières. Certaines parties du chou-fleur se sphacèlent, la tumeur dégage une mauvaise odeur. La base du chou-fleur est plus ou moins large, toujours indurée.

3° Forme ulcéreuse. — Les bords ne sont pas très surélevés. L'ulcération est plus ou moins profonde ; elle est recouverte d'une croûte qui n'adhère que sur

la périphérie. Entre la croûte et le fond de l'ulcération, s'accumule du pus. La croûte tombe plus ou moins facilement. La tumeur est quelquefois prurigineuse.

4° Forme infiltrante. — Toutes les formes peuvent aboutir à celle-ci, mais dans certains cas, on se trouve en présence d'une tumeur d'emblée infiltrante. Elle envahit rapidement les tendons, les os et les articulations. Son retentissement ganglionnaire est précoce. Sa gravité est plus grande.

CHAPITRE VIII

Evolution et Pronostic

Après une période de début dont la durée est difficile à préciser (plusieurs semaines à plusieurs années), le cancer évolue rapidement, s'ulcère, gagne en profondeur, retentit sur les ganglions. Ceux-ci peuvent s'ulcérer et la mort survient en deux ou trois ans. L'ulcération peut-être le siège d'hémorragies répétées entraînant l'anémie. L'infection partie de la tumeur peut gagner les articulations voisines et déterminer des arthrites suppurées. Ces complications hâtent le dénouement.

Au point de vue du pronostic, on peut dire, d'une façon générale, que le cancer du dos de la main constitue une affection ne guérissant jamais par elle-même, mais pouvant rester stationnaire pendant de nombreuses années. Ce qui tend malheureusement à assombrir le pronostic, c'est qu'à un moment donné le cancer peut se mettre à proliférer brusquement et à se compliquer d'adénopathies et de généralisation.

La forme non ulcérée prise à temps guérit toujours d'une façon définitive par un traitement local suffisant. Les formes ulcéreuses et surtout les formes infiltrantes sont plus graves et leur pronostic dépend de l'exten-

sion locale en profondeur ainsi que du retentissement ganglionnaire. A dater du moment où le squelette est atteint, la conservation de la main devient des plus douteuses et lorsque les ganglions épitrochléens et axillaires sont pris, on est en droit d'affirmer que le pronostic, au point de vue vital, devient des plus sombres, car l'étendue des trajets lymphatiques s'oppose à toute exérèse chirurgicale vraiment logique et anatomique.

CHAPITRE IX

Traitement

Considéré pendant longtemps comme une affection cutanée, ressortissant au domaine de la dermatologie, l'épithélioma du dos de la main fut presque exclusivement traité par des procédés médicaux jusqu'à une époque relativement récente.

Inutile de discuter aujourd'hui la valeur des traitements internes (sels de fer et de cuivre, arsenic, acide lactique, etc...) justement tombés dans l'oubli le plus profond ; il doit en être de même des différents caustiques qui ont été tour à tour employés, pâte de Vienne, pâte de Canquoin, bien que certains auteurs aient pu enregistrer des guérisons. Tous ces procédés sont non seulement inutiles, mais ils sont souvent dangereux, en précipitant la marche du néoplasme au lieu de l'arrêter. Et cependant, de nos jours encore, ce n'est, bien souvent, qu'après avoir été cautérisé maintes et maintes fois que le malade se décide à voir un chirurgien.

Dans le même ordre d'idées, quoique quelques succès durables et même définitifs aient été observés par le curetage seul (BABINGTON), par le curetage suivi d'électrolyse (MUSSEY), de nombreux échecs enregistrés

par Erichsen, par Watson, par Sollivan, par Morestin, par Mac-Guire, par Bunsch, par Clifton, qui furent obligés de recourir secondairement à une exérèse chirurgicale, montrent qu'il s'agit là de moyens thérapeutiques qu'il convient d'abandonner.

1° Les moyens thérapeutiques

Les seuls moyens dont on doive parler aujourd'hui sont les moyens chirurgicaux, la rœntgenthérapie et la curiethérapie.

A. — Les moyens chirurgicaux. — Ils vont depuis la simple exérèse locale jusqu'à l'amputation de l'avant-bras en passant par les désarticulations atypiques de la main et la désarticulation du poignet.

Quelle que soit l'exérèse pratiquée, l'opération peut s'accompagner de l'extirpation des ganglions épitrochléens et axillaires.

B. — La Rœntgenthérapie. — On peut utiliser soit les rayons durs (très filtrés), en plusieurs séances et à forte dose, soit les rayons moyennement pénétrants, à forte dose et en une seule séance et sans filtration (Méthode de Coste).

C. — La Curiethérapie. — Il s'agit d'application en surface ou de curiepuncture. Quel que soit le procédé employé, on peut ajouter quand cela est nécessaire l'application d'un collier radio-actif au niveau du coude ou de l'aisselle.

2° Critique des moyens

A. — Les moyens chirurgicaux. — Le bistouri est un bon procédé quand le cancer est localisé au niveau de la peau. Il l'est encore quand la tumeur atteint les tendons, au prix du sacrifice de ces derniers bien entendu. Il est aussi un excellent moyen quand les os et les articulations sont atteints, mais à condition que l'on fasse des sacrifices importants (désarticulation du poignet, amputation de l'avant-bras au niveau du tiers inférieur).

Cependant, quelle que soit l'étendue de l'exérèse chirurgicale, elle n'est un procédé sûr que si les ganglions ne sont pas atteints. A partir du moment où il existe un envahissement ganglionnaire néoplasique certain, le bistouri ne permet plus une intervention correcte adéquate au mal dans le majorité des cas.

Si l'on se rappelle les notions anatomiques exposées au début de ce travail, on comprendra pourquoi le sacrifice chirurgical le plus large, même lorsqu'il s'accompagne d'un évidement ganglionnaire complet du coude et de l'aisselle, ne représente pas une opération correcte.

Entre le foyer malade et les ganglions épitrochléens, entre ceux-ci et les ganglions de l'aisselle, il existe des trajets lymphatiques et des tissus péri-lymphatiques dont nous ne pouvons pas réaliser l'extirpation régulière. On comprend que dans un cas de cancer du sein, le Halsted soit une opération logique puisqu'il enlève la tumeur initiale, les ganglions et les tissus intermédiaires. Dans le cas d'un cancer du dos de la main,

l'intervention la mieux conduite (désarticulation du poignet, évidement des ganglions du coude et de l'aisselle), laisse en place les trajets et les tissus lymphatiques intermédiaires qui accompagnent les vaisseaux cubitaux et huméraux. L'opération logique d'un cancer du dos de la main serait la désarticulation de l'épaule et l'évidement de l'aisselle, à condition bien entendu que les ganglions de l'aisselle ne soient pas dépassés. Si dans quelques cas exceptionnels l'évidement de l'aisselle a pu donner une guérison, c'est que l'atteinte des ganglions avait dû être réalisée par le mécanisme de l'embolie lymphatique.

B. — La Rœntgenthérapie. — La méthode de Coste donne d'excellents résultats lorsque les tissus mous sont seuls atteints. La Rœntgenthérapie avec filtres et à grosses doses étalées peut être utilisée localement mais surtout pour lutter contre des adénopathies épitrochléennes ou axillaires qui auraient perdu leur mobilité.

C. — La Curiethérapie. — C'est un bon procédé, si le cancer est localisé à la peau. Il l'est encore lorsque le cancer atteint les tendons, mais c'est un procédé à rejeter quand les os sont envahis et en particulier, les petits os du carpe et leurs articulations.

Les cancers qui atteignent les os sont en principe délicats à traiter par le radium. Ceux qui atteignent les petits os du carpe le sont plus encore. Si l'on irradie avec des doses fortes ces petits os partiellement détruits, mal nourris et infectés, ils se nécrosent facilement. Théoriquement, au point de vue des manifesta-

tions ganglionnaires, le radium serait un très bon agent thérapeutique, puisque l'on peut imaginer de placer le membre supérieur tout entier dans une gaine radioactive.

Mais en plus des difficultés techniques et des dangers locaux d'une telle thérapeutique, il n'est pas absolument prouvé qu'une irradiation de surface par le radium ait une action certaine sur des adénopathies produites par des métastases d'un cancer spino-cellulaire.

En tout cas, pour l'avoir constaté comme bien d'autres un certain nombre de fois, nous pouvons affirmer que si ces adénopathies sont importantes et atteintes de périadénite néoplasique, leur guérison par le radium est pour le moins très problématique.

3° **Conduite à tenir**

A. — A L'ÉGARD DE LA TUMEUR INITIALE. — La conduite à tenir est facile.

Si le cancer n'atteint que la peau, on peut pratiquer indifféremment l'exérèse chirurgicale, la curiethérapie ou la méthode de Coste. Le bistouri a l'avantage d'être un traitement plus rapide.

Si le cancer atteint les tendons, on peut encore choisir entre la radiothérapie et le bistouri. La radiothérapie a l'immense avantage de conserver les tendons. Il faut cependant recourir au bistouri lorsque les radiations ne donnent pas un résultat certain et rapide.

Si le cancer atteint les os et les articulations, il faut abandonner la radiothérapie et pratiquer, suivant les cas, la désarticulation du poignet ou l'amputation de l'avant-bras au niveau du tiers inférieur.

B. — A L'ÉGARD DES RÉGIONS LYMPHATIQUES. — La conduite à tenir est infiniment plus délicate.

Si les ganglions ne paraissent pas atteints on peut avec l'école de Regaud ne rien faire sur les régions lymphatiques et se contenter de surveiller l'apparition de la manifestation ganglionnaire. Cette manifestation peut d'ailleurs ne jamais se produire. On peut, contrairement à ce que conseille REGAUD, pratiquer après l'acte chirurgical une irradiation prophylactique. Cette irradiation n'est pas illogique puisqu'elle porte sur des tissus qui n'ont pas été touchés par le bistouri.

Si les ganglions sont atteints et mobiles, s'il est certain qu'ils sont néoplasiques, on peut en faire l'exérèse chirurgicale et pratiquer l'irradiation des régions lymphatiques intermédiaires. On peut proposer, le cas échéant, la désarticulation de l'épaule et l'évidement des ganglions de l'aisselle.

Si les ganglions sont gros, adhérents ou infectés, toute thérapeutique active nous paraît vaine.

4° Résultats

Voici des tableaux qui résument les résultats obtenus au Centre en divisant les observations suivant la thérapeutique employée. Nous y avons ajouté les condi-

tions anatomo-cliniques essentielles qui caractérisaient l'état de nos malades. Les tableaux ne renferment que 33 cas, deux malades ayant refusé tout traitement.

Tableau I

Malades traités exclusivement par la chirurgie (7 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
XIX	Adhérences aux plans profonds.	Néant.	Guéri 4 ans après.
XXI	Idem.	Axillaire.	Guéri 4 ans après.
XXIV	Idem.	Axillaire.	Survie 2 ans.
XXV	Ulcération large de la peau.	Axillaire.	Survie 9 mois.
XXVII	Ulcération de la peau	Axillaire.	Bon résultat 2 ans après.
XXVIII	Idem.	Axillaire.	Survie 6 mois.
XXXI	Idem.	Axillaire	Guéri 1 an après.

Tableau II

Malades traités exclusivement par le radium (13 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
III	Ulcération de la peau.	Néant.	Survie 9 mois.
V	Ulcération large de la peau.	Néant.	Guéri. Mort maladie intercurrente.
VI	Ulcération de la peau	Epitrochléenne et axillaire.	Survie 3 ans.
VII	Idem.	Axillaire.	Guéri 2 ans après.
IX	Idem.	Epitrochléenne et axillaire.	Guéri du cancer. Mort maladie intercurrente.
X	Adhérences aux plans profonds.	Axillaire.	Survie 9 mois.
XI	Idem.	Epitrochléenne et axillaire.	Survie 3 ans.
XIV	Ulcération de la peau.	Néant.	Mort maladie intercurrente.
XV	Adhérences aux plans profonds.	Néant.	Survie 2 ans environ.
XXVI	Idem.	Epitrochléenne et axillaire.	Guéri 3 ans après.
XXIX	Ulcération de la peau.	Néant.	Survie 2 ans.
XXXII	Idem.	Néant.	Amélioration nette 2 m. après.
XXXIV	Adhérences aux plans profonds.	Néant	Amélioration 4 m. après.

Tableau III

Malades traités exclusivement par les Rayons X (3 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
IV	Ulcération de la peau.	Néant.	Mort maladie intercurrente.
XXIII	Idem.	Epitrochléenne et axillaire.	Idem.
XXX	Idem.	Néant.	Idem.

Tableau IV

Malades traités par le radium et la chirurgie (5 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
I	Ulcération de la peau.	Néant.	Survie 2 ans.
II	Idem.	Néant.	Survie 2 ans
VIII	Idem.	Epitrochléenne et axillaire.	Mort de maladie intercurrente.
XVII	Large ulcération de la peau.	Néant.	Survie 4 ans.
XXII	Ulcération de la peau.	Néant.	Survie 1 an.

Tableau V

Malades traités par la chirurgie et les Rayons X (3 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
XVI	Large ulcération de la peau.	Néant.	Survie 1 an.
XVIII	Ulcération de la peau.	Axillaire.	Survie 3 mois.
XX	Idem.	Axillaire.	Guéri 4 ans après.

Tableau VI

Malades traités par les Rayons X et le radium (1 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
XII	Ulcération de la peau.	Néant.	Survie 3 ans.

Tableau VII

Malades traités par la chirurgie, le radium et les Rayons X (1 cas)

N° de l'Observation	Etat des Lésions	Adénopathies	Résultats
XIII	Ulcération de la peau.	Néant.	Guéri 5 ans après.

CHAPITRE X

Observations

OBSERVATION I

(N° 352 du C. A. T.)

D. A., 56 ans, cultivateur, 1 enfant.

Hospitalisé le 6 mars 1925.

Premiers symptômes. — Il y a un an, petite verrue qui est extirpée par son médecin ; une ulcération se fait par la suite qui va en s'agrandissant.

Examen du malade. — Ulcération plus grande qu'une pièce de 5 francs reposant sur une masse dure située sur le dos de la main droite. Les bords sont surélevés et rouges, saignant facilement. Le fond de l'ulcération est déchiqueté. Pas d'adénopathie axillaire ni épithrochléenne.

Examen anatomo-pathologique. — N'a pas été fait.

Traitement. — Radium : 9 aiguilles de 1 mg., 3 aiguilles de 2 1/2 mg., 1 aiguille de 2 mg. Début le 9 mars, fin le 14 mars 1925. Mcd. cm^2 = 13,95. 15 tubes de 5 mg. Début le 16 mars, fin le 22 mars 1925. Mcd. cm^2 = 1,6. Le 21 mars, affaissement très marqué de la tumeur.

Sort le 31 mars 1925.

Résultats. — Revu le 4 mai 1925. Etat satisfaisant, laissant espérer une guérison complète. Pas de ganglions épitrochléens ni axillaires.

Revu le 27 mai 1925. Ulcération en voie de disparition.

Amputation du bras au niveau du coude en août 1925. Aucun détail sur cette nouvelle intervention pratiquée hors du Centre. Décédé par la suite de son affection.

OBSERVATION II

(N° 459 du C. A. T.)

S. J., 67 ans, cultivateur, 2 enfants, 1 vivant.

Hospitalisé le 17 juin 1925.

Premiers symptômes. — Il y a un an, verrue sur le dos de la main droite. Cette verrue augmente de volume et s'ulcère.

Examen du malade. — Ulcération qui siège sur le dos de la main au niveau de la région moyenne. Pas de ganglions perceptibles. A noter qu'il existe sur la main gauche la verrue qui était sur la droite primitivement.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Traitement. Main droite. — Radium : 17 tubes de 2 mg. ; début le 18 juin 1925, fin le 25 juin. Mcd. $cm^2 = 1,34$.

Main gauche. — Exérèse de la verrue existant sur le dos de la main le 22 juin.

Traitement complémentaire. — Radium : 20 aiguilles de 1 mg. 1/2. Début le 9 juillet, fin le 14 juillet 1925. Mcd. $cm^2 = 0,76$.

Sort le 14 juillet en bonne voie de guérison.

18 juillet 1927. *Deuxième hospitalisation :*

Examen du malade. — La face dorsale de la main droite présente vers la racine du pouce une plaie ulcéreuse de la dimension d'une pièce de 5 francs, à bords irréguliers surélevés, à fond anfractueux, recouvert de sanies purulentes et fétides. Autour de la plaie et dans la région du poignet, les téguments sont rouges et œdématiés. Entre pour pansements.

Examen anatomo-pathologique. — Pas de néoplasme. Radiodermite fortement infectée.

Sort le 13 août 1927.

Résultats. — Le 21 novembre 1927 réponse de la Préfecture : Souffrant de la main, ne peut travailler.

Décédé par la suite, probablement de son affection.

OBSERVATION III

(N° 655 du C. A. T.)

M. J., 71 ans, cultivateur, 3 enfants morts.

Hospitalisé le 25 novembre 1925.

Premiers symptômes. — Le malade a depuis très longtemps des verrues sur le dos des mains. Depuis septembre 1925, à la suite d'une contusion qui a déterminé l'arrachement des verrues de la face dorsale de la main gauche, il présente une ulcération qui s'étend.

Examen du malade. — Ulcération à la face dorsale de la main gauche, étendue du bord externe jusqu'au troisième métacarpien et vers le bord externe du 5e doigt. Verrues nombreuses sur le dos des deux mains. Nombreuses crasses séniles de la face.

Pas de ganglions axillaires et épitrochléens.

Examen anatomo-pathologique. — N'a pas été fait.

Traitement. — Radium : 6 aiguilles de 1/2 mg. 6 aiguilles de 1 mg. Début le 27 novembre 1925, fin le 1er décembre 1925. Mcd. $cm^2 = 0,77$. 14 tubes de 2 mg. sur le dos de la main ; début le 1er décembre 1925, fin le 6 décembre 1925. Mcd. $cm^2 = 0,77$.

10 tubes de 2 mg. sur la paume de la main ; début le 2 décembre 1925, fin le 6 décembre 1925. Mcd. $cm^2 = 0,72$.

Sort le 7 décembre 1925, très amélioré.

Résultats. — Revu le 23 décembre 1925. Lésions en bonne voie de guérison, les bourgeons néoplasiques s'affaissent, mais la guérison n'est pas encore complète.

Revu le 4 janvier 1926 : bourgeons néoplasiques presque disparus.

Revu le 11 janvier 1926 : lésions en bonne voie de guérison. Dans l'intérieur de la main, présence d'une pellicule jaunâtre, ayant l'aspect d'une grosse ampoule.

Revu le 5 février 1926 : la lésion de la main gauche se réduit de plus en plus. Dans la région du cou, à droite, présence d'un ganglion assez volumineux.

Revu le 1er mars 1926 : lésions de la main guéries, le ganglion cervical droit s'est considérablement développé et tente à s'ulcérer. Pas de ganglions axillaires. Le ganglion du cou s'ulcère par la suite.

Mort par cachexie en mai 1926.

OBSERVATION IV

(N° 775 du C. A. T.)

S. M., 89 ans, ménagère, veuve, 6 enfants, 2 vivants.

Soignée au C. A. T .en 1926, pour un épithélioma de la joue gauche. Revue plusieurs fois et complètement guérie de cette affection.

Hospitalisée le 20 octobre 1935.

Premiers symptômes. — Il y a 3 mois, petite tache sur le dos de la main droite, à la racine du pouce. Cette tache s'agrandit, devient plus rouge et s'ulcère, saigne quelquefois.

Examen du malade. — Ulcération comme une pièce de un franc, adhérente au plan sous-jacent ; petit bourrelet périphérique.

Examen anatomo-pathologique. — N'a pas été fait.

Traitement radiothérapique. — Une séance 40 minutes (méthode de Coste).

Sort le 8 octobre 1935.

Décédée par la suite d'une autre maladie.

OBSERVATION V

(N° 1.104 du C. A. T.)

L. B., 72 ans, cultivateur, veuf, 3 enfants, 2 vivants.

Hospitalisé le 1er octobre 1926.

Premiers symptômes. — Depuis 15 mois, verrue sur le dos de la main droite. Cette verrue augmente sans cesse et s'ulcère.

Examen du malade. — Ulcération sur la face dorsale de la main droite, empiétant sur la face palmaire du bord cubital. Etendue depuis l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'interligne du poignet et constituée par des bourgeons violacés, disposés principalement à la périphérie de la lésion et ulcérés par place. Pas de ganglion axillaire ni épitrochléen.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire avec globes cornés nombreux et volumineux ; karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif dense, légèrement infiltré de cellules mobiles.

Traitement. — Radium : 15 aiguilles de 1 mg. incluses dans la lésion. Début le 5 octobre 1926, fin le 12 octobre. Mcd. $cm^2 = 1,14$.

31 tubes de 2 mg. sous appareil cire placé face dorsale de la main. Début le 7 octobre 1926, fin le 22 octobre. Mcd. $cm^2 = 0,36$.

15 tubes de 2 mg., sous appareil cire, placé face palmaire de la main. Début le 16 octobre 1926, fin le 22 octobre. Mcd. $cm^2 = 0,48$.

11 tubes de 2 mg. dans un bracelet huméral (barrage). Début le 16 octobre 1926, fin le 25 octobre. Mcd. $cm^2 = 3,24$.

9 tubes de 2 mg. dans un appareil axillaire (barrage). Début le 16 octobre 1926, fin le 25 octobre. Mcd. $cm^2 = 0,90$.

Le 22 octobre 1926, l'irradiation étant jugée suffisante sur l'ensemble de la lésion, sauf dans la région du poignet, on complète le traitement par un bracelet de 10 tubes de 2 mg. sur le poignet. Début le 22 octobre 1926, fin le 25 octobre. Mcd. $cm^2 = 1,08$.

Le 8 novembre 1926, on juge nécessaire de prolonger l'action thérapeutique sur le bourrelet marginal.

14 tubes de 2 mg. en ligne sur la face dorsale de la main, appareil feutre et cire. Début le 9 novembre, fin le 14 novembre 1926. Mcd. $cm^2 = 1,80$.

Sort le 26 novembre 1926. Réaction minime et modification peu marquée, malgré un traitement prolongé. Persistance du bourrelet périphérique.

Résultats. — Revu le 11 janvier 1927. Lésions de la main à peu près complètement guéries. Présence d'un ganglion dans l'aisselle droite, petit comme un pois. Pas de ganglions épitrochléens.

Revu le 25 février 1927. Lésons complètement cicatrisées, sauf en un point où l'on note une zone d'exulcération. Evolution à surveiller.

Revu le 23 mars 1928. Cicatrisation épiderme simplement un peu mince, pas d'adénopathie.

Décédé par la suite d'une autre maladie.

OBSERVATION VI

(N° 1624 du C. A. T.)

L. J., 68 ans, cultivateur, marié, 1 enfant vivant.

Epithélioma de la joue droite en 1925.

Hospitalisé le 12 septembre 1927.

Premiers symptômes. — Il y a 6 mois, au niveau de la face dorsale de la main gauche, blessure avec un fil de fer. Ulcération qui par la suite s'agrandit.

Examen du malade. — Sur le dos de la main, ulcération surélevée en rectangle de 2 centimètres sur 3. Ganglions épitrochléens et axillaires.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire en cordons lobulés anastomosés. Karyokinèses très rares. Stroma : tissu conjonctif fibrilaire lâche, faiblement infiltré.

Traitement. — Radium : 8 aiguilles de 1 mg. incluses dans la région. Début le 17 septembre 1927, fin le 27 septembre

1927. Mcd. = 1,30. 7 tubes de 2 mg. sur appareil cire face dorsale de la main. Début le 26 septembre 1927, fin le 1er octobre 1927. Mcd. = 0,90. 9 tubes de 2 mg. sur appareil cire face palmaire de la main. Début le 26 septembre, fin le 1er octobre. Mcd. = 0,50. 8 tubes de 2 mg. sur appareil cire région axillaire gauche. Début le 26 septembre, fin le 5 octobre. Mcd. = 0,90. 6 tubes de 2 mg. sur appareil cire épitrochléen gauche. Début le 26 septembre, fin le 5 octobre. Mcd. = 1,35.

Résultats. — L'épithélioma de la main est modifié complètement et réduit à un simple érythème de la peau sans épaisseur. Le ganglion épitrochléen n'est pas modifié dans son volume. Les ganglions axillaires sont réduits.

Sort le 8 octobre 1927. Pronostic réservé.

Décédé le 8 mars 1928 de son affection cancéreuse.

Observation VII

(N° 1726 du C. A. T.)

R. I., 65 ans, veuve, 2 enfants décédés.

Hospitalisée le 14 novembre 1927.

Premiers symptômes. — Petite verrue sur la face dorsale de la main droite depuis 4 ou 5 ans. Depuis un an, ulcération recouverte d'une croûte, qui va en s'agrandissant.

Examen du malade. — Ulcération sur la face dorsale de la main mobile sur le plan profond, à centre bourgeonnant, à bord surélevé et bien circonscrit, sans infiltration des téguments environnants, de la dimension d'une pièce de 5 francs, zone épitrochléenne suspecte, difficile à palper, ganglions axillaires mobiles.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Traitement. — Radium : 1° 6 tubes de 2 mg., sur appareil cire sous axillaire droit. Début le 17 novembre 1927, fin le 25 novembre. Mcd. cm^2 = 0,56. 2° 9 tubes de 2 mg. sur bracelet cire, coude droit. Début le 17 novembre, fin le 25 novembre. Mcd. cm^2 = 1,44. 3° 3 aiguilles de 1 mg. + 5 ai-

guilles de 1 mg. incluses dans la lésion de la main. Début le 17 novembre 1927, fin le 24 novembre. Mcd. = 1,18, 1,44. 4° 10 tubes de 2 mg. sur appareil cire, plaie sur la lésion de la main. Début le 26 novembre 1927, fin le 2 décembre. Mcd. = 0,66.

La lésion de la main réagit. Pas de modification ganglionnaire.

Sort le 8 décembre 1927. A revoir dans un mois.

Résultats. — Revue le 11 janvier 1928. La lésion de la main évolue très lentement vers la guérison. Les régions axillaires et épitrochléennes sont encore douteuses au point de l'invasiion lymphatique, mais ne présentent pas de ganglions bien nets.

Revue le 17 février 1928. La main ne présente plus qu'une radiodermite de la région traitée.

Octobre 1928. Bon état (Préfecture de la Haute-Garonne). Perdue de vue depuis cette époque.

Observation VIII
(N° 2759 du C. A. T.)

V. G., 76 ans, cultivateur.

Hospitalisé le 5 juillet 1929.

Premiers symptômes. — Début de la maladie, il y a un an et demi, par une croûte sur la face dorsale de la main gauche.

Examen du malade. — Tumeur ulcérée végétante. A contour circulaire de 5 cm. environ de diamètre et de 1 cm. 1/2 de surélévation, siégeant sur la face dorsale de la main gauche en regard de la portion moyenne des trois derniers métacarpiens.

Lésion bien circonscrite, mais peu mobile sur le plan profond. Pas d'adénopathie nette sus-épitrochléenne correspondante. Petit ganglion mobile peu caractéristique à l'aisselle du côté gauche ainsi que du côté opposé.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellu-

laire en cordons anastomosés avec globes cornés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif assez dense avec fibroblastes nombreux et volumineux. Faible infiltration surtout lymphocytaire.

Traitement. — Radium : 8 tubes de 2 mg. sur appareil cire sur la lésion. Début le 8 juillet 1929, fin le 17 juillet 1929. Mcd. cm^2 = 2,04.

12 heures d'interruption.

13 tubes de 2 mg. sur appareil cire encerclant le coude gauche. Début le 11 juillet 1929, fin le 20 juillet 1929. Mcd. = 1,26 cl., 42,12 au total.

8 aiguilles de 1 mg. incluses dans la lésion. Début le 25 juillet 1929, fin le 29 juillet 1929. Mcd. = 5,76 au total.

6 tubes dè 2 mg. sur cire sur la lésion. Début le 20 août 1929, fin le 24 août 1929. Mcd. cm^2 = 0,68, 8,64 au total.

Sort le 26 août 1929.

Le 20 août, la cicatrisation, ébauchée depuis une dizaine de jours, paraissant s'effectuer de façon irrégulière avec kyperkératose, on fait à l'anesthésie locale une exérèse au bistouri des parties de façon à laisser une ulcération plane, sur laquelle on pratique aussitôt l'irradiation précitée.

A revoir dans un mois.

Deuxième hospitalisation : le 16 janvier 1930.

La lésion paraît récidiver. Elle se présente en ce moment sous la forme d'une ulcération losangique à fond bourgeonnant irrégulièrement creusé, les bords sont nets mais sans bourrelet, les téguments ayant une coloration rosée. Il existe dans la région sus-épitrochléenne une très petite adénopathie mobile. Un ganglion semblable existe toutefois à droite (en rapport avec des foyers de pyodermite. Adénopathies axillaires sans changement. Etat général bon.

Examen anatomo-pathologique. Pas de néoplasme dans le fragment. Tissu de granulation.

Sorti le 4 février 1930.

Décédé de vieillesse le 26 février 1935.

Observation IX

(N° 2804 du C. A. T.)

D. R., 76 ans, veuve, pas d'enfant.
Hospitalisée le 3 août 1929.

Premiers symptômes. — Depuis plusieurs années, petite croûte sur la face dorsale de la main droite. Depuis un an, la lésion s'agrandit et gagne les doigts.

Examen du malade. — Ulcération de la main droite, face dorsale, couvrant celle-ci au niveau des 3e, 4e et 5e métacarpiens et débordant l'extrémité supérieure des premières phalanges des 4e et 5e doigts. La lésion est bien circonscrite, surélevée de 1 cm. environ, Diamètre de 5 à 6 cm. Ganglions mobiles sus-épitrochléens et sous-axillaires, du volume d'un noyau de cerise.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé, avec globes cornés. Karyokinèses assez nombreuses. Stroma : tissu conjonctif lâche avec foyers hémorragiques. Assez forte infiltration lympho-plasmocytaire.

Traitement. — Radium : 12 tubes de 2 mg. sur appareil cire sur la lésion .Début le 7 août 1929, fin le 12 août 1929. Mcd. = 0,70, 21,60 au total. L'état mental de la malade oblige à terminer le traitement avant la fin. Lésion améliorée.
Sort le 14 août 1929.

Résultats. — Décédée le 3 avril 1935 d'une autre affection, guérie du cancer (renseignement du maire).

Observation X

(N° 2863 du C. A. T.)

D. M., 86 ans.
Hospitalisée le 11 septembre 1929.

Premiers symptômes. — Il y a un an environ, par une ulcération au niveau de la racine du pouce gauche.

Examen du malade. — Ulcération de la face dorsale de la main à centre nécrosé, peu mobile, adhérent aux plans profonds. Pas de ganglions épitrochléens. Deux petits ganglions mobiles dans le creux de l'aisselle. Etat général satisfaisant.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire en cordons grêles anastomosés avec quelques globes cornés. Karyokinèses très rares. Stroma : tissu conjonctif fibrillaire très vasculaire sans infiltration notable.

Traitement. — Radium : 6 cupules de 2 tubes de 5 mg. sur appareil cire et feutre, maintenu sur la plaie par le dispositif de la potence. Début le 24 septembre 1929, fin le 9 octobre 1929. Mcd. = 86,40.

Interruption de 7 jours dans le traitement.

Sort le 14 octobre 1929.

Décédée le 3 avril 1930.

Observation XI

(N° 3036 du C. A. T.)

C. J., 68 ans, cultivateur, veuf, 3 enfants vivants.

Hospitalisé le 6 octobre 1929.

Premiers symptômes. — Il y a un an environ, ulcération sur le dos de la main gauche. En juin 1929 : traitement électrique. Amélioration pendant quelques semaines, puis la lésion va en s'agrandissant. Ganglions axillaires ulcérés depuis 15 jours environ.

Examen du malade. — Lésion ulcérée de la main gauche, à contours irréguliers, couvrant l'extrémité digitale des métacarpiens 2 et 3, ainsi que la région diaphysaire de ces derniers. La lésion circonscrite par un bourrelet est adhérente en profondeur. Diminution marquée des mouvements d'extension et de flexion des doigts.

Examen anatomo-pathologique. — N'a pas été fait.

Traitement. — Radium : Dans le creux axillaire gauche : 20 mg. : 4 tubes de 5 mg. sur feutre et cire. Début le 13 no-

vembre 1929, fin le 21 novembre 1929. Mcd. = 0,64, 28,80 au total.

Sur la main : 30 mg. : 6 tubes de 5 mg. sur appareil feutre et cire. Début le 13 novembre 1929, fin le 29 novembre 1929. Mcd. cm² = 1,20, 43,20 au total.

Sort le 27 octobre 1929. Traitement purement palliatif.

Deuxième hospitalisation : le 14 mai 1930.

Examen du malade. — L'ulcération de la main semble moins étendue que la première fois. La lésion est entourée d'un bourgeon violacé et l'ensemble est tuméfié. Petit ganglion épitrochléen. Un bourgeon charnu fait saillie au sommet de l'aisselle qui fait partie intégrante d'une adénopathie.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire en petits cordons lobulés avec globes para-kératosiques. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif fibrillaire avec assez forte infiltration surtout lympho-plasmocytaire.

Traitement. — Radium : 40 mg. : 4 tubes de 10 mg. sur cire sur la lésion. Début le 28 mai 1930, fin le 3 juin 1930. Mcd. cm² = 0,42 ; au total 43,20.

Sort le 10 juin 1930. Traitement palliatif ; aucun résultat à espérer.

Résultats. — Etat aggravé le 23 janvier 1931.

Décédé par la suite.

OBSERVATION XII

(N° 3597 du C. A. T.)

B. S., 72 ans, marié, 1 enfant.

Hospitalisé le 25 août 1930.

Premiers symptômes. — Depuis 10 ans environ, petite verrue sur la face dorsale des deux mains. Depuis 3 ou 4 ans, il se forme des lésions recouvertes de croûtes. La lésion s'étend et est douloureuse au niveau de la main droite.

Examen du malade. — A droite : large ulcération allongée le long de l'axe de la main et mesurant environ 7 cm. de long et 3 cm. de large. Son fond est rosé, ne suppurant pas, bords

nets et peu déchiquetés. A côté, une petite lésion croûteuse de la surface d'une pièce de dix sous. Pas d'adénopathie épitrochléenne.

A gauche : deux épithéliomas croûteux, l'un de la surface d'une pièce de deux francs, l'autre de la surface d'une pièce de vingt sous. Pas d'adénopathie épitrochléenne. Pas de ganglions axillaires à droite ni à gauche.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé ,pas de globes cornés. Karyokinèses nombreuses. Stroma : tissu conjonctif fibrillaire dense, faiblement infiltré.

Traitement. — Radium : Main droite : 2 foyers : 10 tubes de 2 mg. sur cire, sur la grande lésion. Début le 28 août 1930, fin le 8 septembre 1930. Mcd. = 30,60. 2 tubes de 2 mg. sur cire sur la petite lésion. Début le 28 août 1930, fin le 8 septembre 1930. Mcd. = 7,92.

Main gauche : 4 tubes de 2 mg. sur 2 foyers, appareil cire, sur la grande lésion. Début le 28 août 1930, fin le 15 septembre 1930. Mcd. = 2,88.

2 jours d'interruption dans le traitement ci-dessus.

4 aiguilles de 1 mg. sous cire sur la petite lésion. Début le 28 août 1930, fin le 8 septembre 1930. Mcd. = 2,64.

Un prélèvement a été fait sur une lésion du majeur de la main gauche.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma probable. La coupe paraît être celle d'un simple papillome, mais en raison de la direction tangentielle de la coupe on ne peut affirmer qu'il n'y ait pas d'épithélioma au début.

Traitement. — Radium : 3 aiguilles de 1 mg. sous appareil en cire sur la lésion du majeur de la main gauche. Début le 13 septembre 1930, fin le 20 septembre 1930. Mcd. = 0,91. Sort le 20 septembre 1930.

Résultats. — Revu le 20 octobre 1930. Lésion main droite modifiée dans son étendue, à fond lardacé avec surélévation marginale, infiltration du tissu voisin, œdème de la racine des doigts. Extension de ceux-ci conservée. Pas d'adénopathie épitrochléenne. Petites adénopathies axillaires sans caractères particuliers.

Main gauche. — Les lésions semblent favorablement modifiées et en voie de cicatrisation. Pyodermite du médius au voi-

sinage de la région traitée qui, elle, est cicatrisée. Pas d'adénopathie axillaire ni épitrochléenne.

Le 6 février 1931, état amélioré.

Deuxième hospitalisation : 18 juillet 1932.

La lésion de la main droite est modifiée avec, cependant, surélévation marginale. Il y a une grosse réaction du tissu voisin avec œdème, adénopathie sous-axillaire.

Traitement. — Radiothérapie, 9 séances, temps d'irradiation pour chaque séance : 30 minutes.

Dose cutanée pour chaque séance en unités : R = 1.752 ; dose cutanée totale pour chaque champ irradié = 3.502 ; totalisation des doses par champ, par série de traitement = 10.502.

Sort le 28 juillet 1932.

Revu le 23 septembre 1932. Gros chou-fleur région sous-axillaire, lymphangite du bras, avant-bras, dur et ligneux. Etat général défectueux. Le 9 février 1933, est alité depuis 65 jours (très malade) ; renseignements des mairies, avril 1935.

Décédé le 1er mai 1935.

Observation XIII

(N° 3630 du C. A. T.)

B. L., 69 ans, cultivateur, 2 enfants vivants.

Hospitalisé le 10 septembre 1930.

Opéré d'un cancroïde de la tempe il y a 4 ans.

Premiers symptômes. — Il y a 2 ans, sur une ancienne verrue du dos de la main s'installe une ulcération qui grandit progressivement surtout depuis un mois.

Examen du malade. — Ulcération à bord épaissi, à fond rouge et sanieux, siégeant au-dessus de la commissure séparant le 2e et 3e doigt de la main gauche, adhérant au plan profond, longueur 2 cm., largeur 1 cm. 1/2. Pas de ganglions perceptibles.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Traitement. — Radium : 6 tubes 2 mg. sur appareil cire ; durée, 13 jours. Mcd. cm^2 = 2,08 ; total 28,08.

Sort le 26 septembre 1930.

Résultats. — Revu le 3 novembre. En voie de cicatrisation. Persiste encore petite ulcération ronde, 1/2 cm. 17 décembre 1930 : lésion guérie ; ganglion axillaire gauche ; intervention refusée. 4 mars 1931 : même constatation ; malade accepte opération. Deuxième hospitalisation : 20 mars 1931. Evidement ganglionnaire de l'aisselle ; plusieurs ganglions, dont un comme une noix.

Examen anatomo-pathologique. — Ne révèle pas d'envahissement.

Sort le 21 mars 1931.

Revu le 20 juillet et le 6 mars, très bon état ; revu le 5 décembre 1932, bon état. 4 avril 1933 : le malade revient avec une petite ulcération sur la lésion centrale.

Troisième hospitalisation : 24 mai 1933. Récidive au niveau de la lésion primitive, au niveau du 3e espace inter-digital, sur le dos de la main gauche. Ulcération peu profonde, saignant facilement, occasionnant rétraction de la peau, induration très nette, ulcération en profondeur. Pas d'adénopathie axillaire. Un ganglion épitrochléen.

Traitement. — Radiothérapie. Une séance de 1 heure (méthode de Coste).

Sort le 31 mai 1933.

Quatrième hospitalisation : 7 juillet 1933. Ulcération profonde de la dimension d'une pièce de 2 francs, siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3e et 4e doigt de la main gauche. Ulcération qui saigne facilement. Pas d'adénopathie épitrochléenne ni axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Le 20 juillet 1933 : désarticulation du médius et de l'annulaire avec leurs métacarpiens. Anesthésie générale.

Sort le 5 août 1933. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Revu le 30 octobre 1933. Cicatrisation locale bonne. Pas d'adénopathie axillaire ni sus-épitrochléenne perceptible. Revu le 13 août 1934. A l'angle supérieur de la cicatrice, petite croustille de la dimension d'un petit pois, recouvrant un petit bourgeon suspect.

Cinquième hospitalisation : le 12 décembre 1934. Tout autour, à 1 cm. 1/2, de l'ulcération, la peau est infiltrée. Palpation non douloureuse. Adénopathie légère dans le creux axillaire droit et gauche.

Traitement. — Radium : 13 tubes de 2 mg. sur un appareil cire sur la lésion de la main. Début le 22 décembre 1934, fin le 2 janvier 1935. Mcd. cm^2 = 1,21. 4 aiguilles de 1 mg. sous appareil cire sur une petite lésion de la tempe gauche. Début le 22 décembre 1934, fin le 28 décembre 1934. Mcd. cm^2 = 1,62.

Sort le 2 janvier 1935.

Revu le 1er avril 1935 : A la racine de la fourche constituée par l'intervention, plaie vaguement ovalaire (diamètre 1 cm.), à fond atone, un peu grenue, à fond à pic, un peu œdémateuse. Radionécrose plutôt que néoplasme (prélèvement). Pas d'adénopathie axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Pas de néoplasme.

Revu le 17 juin 1935. Douleurs.

Hospitalisé le 9 septembre 1935. Le malade rentre à l'hôpital pour une récidive du mal au niveau du moignon du 3e doigt ; la lésion s'insinue dans le sillon inter-digital et tend à gagner le 4e doigt. Le malade se décide à l'amputation de la main. Le 10 septembre, sous anesthésie générale, amputation de la main, circulaire du 1/3 inférieur avant-bras. Drainage, cicatrisation rapide.

Le malade sort le 25 septembre 1935.

Résultats. — Avril 1936 : Le malade paraît être en excellente santé, vaque normalement à ses occupations (renseignements du maire).

Observation XIV

(N° 3643 du C. A. T.)

L. M., 88 ans, mariée, 2 enfants vivants.

Hospitalisée le 17 septembre 1930.

Premiers symptômes. — Début il y a environ deux mois

par un bouton que la malade a écorché. Il s'est formé une croûte dure que l'on fait tomber avec des compresses chaudes et pommade.

Examen du malade. — La tumeur se présente sous la forme d'une ulcération circulaire en saillie sur la peau environnante. La surface ulcérée est noirâtre, tomenteuse. Dimensions : 3 cm./3 cm. Elle est située au niveau du pli du poignet, à la pointe de la styloïde radiale. Mobilité relative sur les tendons radiaux et extenseurs du pouce. Pas d'adénopathie perceptible.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

Traitement. — Radium : 6 tubes de 2 mg. sur appareil cire sur la lésion. Début le 22 septembre 1930, fin le 9 octobre 1930. Mcd. cm^2 = 2,88. Au total : 34,56. Interruption de 1 jour dans le traitement ci-dessus.

Sort le 10 octobre 1930.

Résultats. — Revue le 17 novembre 1930. Cicatrisation complète. Le 15 avril 1931, guérison complète.

Décédée par la suite d'une autre affection.

OBSERVATION XV

(N° 3647 du C. A. T.)

S. J., 56 ans.

Hospitalisé le 19 septembre 1930.

Premiers symptômes. — Depuis environ quatre mois, le malade a senti une piqûre sur une verrue qu'il avait toujours vue sur sa main. En grattant, il s'est formé une ulcération qui évolue assez rapidement.

Examen du malade. — Le malade présente une tumeur de la région dorsale de la main. Elle siège sur le deuxième métacarpien à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs, très près de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Surélevée sur la peau environnante d'environ 1/2 cm de diamètre environ. Au centre, on aperçoit un début d'ulcération. Elle est

dure, immobile sur les plans profonds et les tendons de l'extenseur paraissent pris. Pas d'adénopathie perceptible.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma à globes cornés infiltrant.

Traitement. — Radium : 6 tubes de 2 mg. sur appareil cire sur la lésion. Début le 22 septembre 1930, fin le 6 octobre 1930. Mcd. cm^2 = 2,26. Au total, 30,24.

Sort le 8 octobre 1930.

Résultats. — Revu le 7 novembre 1930 : cicatrisation presque complète. Revu le 15 avril 1931 : état amélioré.

Décédé par la suite.

OBSERVATION XVI

(N° 3747 du C. A. T.)

D. M., 55 ans, cultivatrice, mariée, 3 enfants vivants.

Hospitalisée le 24 octobre 1930.

Premiers symptômes. — Il y a un an et demi environ, verrue sur le dos de la main droite. La malade l'enlève plusieurs fois jusqu'au moment où il se forme une ulcération qui s'agrandit.

Examen du malade. — Large ulcération du dos de la main vaguement arrondie de 8 cm. de diamètre, bourgeonne et saigne au moindre contact. Pas d'adénopathie axillaire ni épitrochléenne.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire avec globes cornés. Désintégration de nombreux lobules envahis par les polynucléaires. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif fibrillaire lâche sauf autour des vaisseaux faiblement infiltrés.

Traitement. — 3 novembre 1930 : exérèse de la tumeur.

Traitement complémentaire. 19 novembre 1930 : radiothérapie, 6 séances. Même traitement que l'observation XII.

Sort le 2 décembre 1930.

Résultats. — Revue le 7 janvier 1930 : guérison. Revue le

17 avril 1931 : pas de ganglions perceptibles. Revue le 30 avril 1931 : état satisfaisant.

Deuxième hospitalisation : le 4 septembre 1931. Au début d'août, la malade constate l'existence d'une tumeur sous le bras droit. Cette tumeur a grossi et n'est pas douloureuse.

Examen du malade. — Tumeur qui déforme la région axillaire droite, limitée en avant par le grand pectoral, en arrière par le grand dorsal, ayant 7 à 8 cm. de diamètre. A la palpation, cette tumeur est uniformément dure. Pas d'adénopathie rétro-claviculaire, légère circulation collatérale sur la paroi thoracique antérieure du sein droit.

Traitement. — (17 septembre 1931). Exérèse d'un gros ganglion axillaire. Suites opératoires normales.

Examen anatomo-pathologique. — Nappe d'épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

Traitement complémentaire. — Radiothérapie : 6 séances. Même traitement que précédemment.

Sort le 6 octobre 1931.

Résultats. — Revue le 25 novembre 1931. Mauvais état général. Œdème pachydermique. Calmant (héroïne).

Décédée le 29 décembre 1931.

OBSERVATION XVII

(N° 3969 du C. A. T.)

G. G., 63 ans, veuve.

Hsopitalisée le 25 février 1931.

Premiers symptômes. — Il y a environ trois ans, petite verrue sur le dos de la main. Depuis un an et demi, il se développe une ulcération qui s'étend surtout depuis plusieurs mois. Douleurs tolérables.

Examen du malade. — Sur la face dorsale de la main, on constate une ulcération à bords irréguliers, à fond bourgeonnant, jaunâtre et humide. Cette ulcération se trouve du côté externe et empiète sur l'éminence thémar du côté palmaire.

Dimensions : 5-6 cm. de long, 1-2 cm. de large. La forme est celle d'un ovale allongé. La douleur accusée par la malade présente des variations particulières avec des changements de température. Pas d'adénopathie.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire en cordons lobulés, avec globes cornés. Karyokinèses assez nombreuses. Stroma : tissu conjonctif lâche, faiblement infiltré.

Traitement. — Radium : 4 tubes de 10 mg. sur appareil en cire. Début le 3 mars 1931, fin le 19 mars 1931. Mcd. = 93,60 au total.

Sort le 20 mars 1931.

Résultats. — Revue le 29 avril 1931. Très grande amélioration. La partie dorsale cicatrisée, face palmaire et avant-bras statu quo.

Hospitalisée le 11 septembre 1931. L'ulcération s'est très étendue, le pouce est entièrement séparé du reste de la région palmaire. L'ulcération s'étend avec la face postérieure de la main et du poignet. L'ulcération est bourgeonnante et saigne énormément.

Traitement. — Le 15 septembre 1931 : anesthésie éther. Amputation au 1/3 inférieur du bras. Fermeture sans drainage. Cicatrisation obtenue.

Sortie le 5 octobre 1931.

Décédée en juillet 1935 de son affection.

Observation XVIII
(N° 4772 du C. A. T.)

S. S., 72 ans, marié, un enfant mort.

Hospitalisé le 17 février 1932.

Premiers symptômes. — Malade opéré il y a 13 mois d'une petite tumeur siégeant sur le dos de la main gauche au bas de l'index. Il y a deux mois, le malade constata une grosseur du volume d'un grain de haricot dans le creux axillaire ; cette tumeur grossit.

Examen du malade. — Adénopathie axillaire ; sous le bord externe du grand pectoral, grosseur d'une mandarine ; le sommet fait un petit dôme rouge, ulcéré, laissant s'écouler du pus. L'adénopathie est nettement fixée aux plans profonds.

Examen anatomo-pathologique. — N'a pas été fait.

Traitement. — Le 23 février, sous anesthésie locale et injection préalable de scopolamine-morphine. Incision quadrangulaire autour de la volumineuse adénopathie adhérente au creux axillaire. Extirpation d'une grande partie de la masse. Autoplastie cutanée pour recouvrir la brèche.

Suites thérapeutiques. — Normales ; ablation des points le 4 mars 1932.

Traitement complémentaire. — Radiothérapique (6 séances). Doses : temps d'irradiation pour chaque séance : 30 minutes. Dose cutanée pour chaque séance en unités R = 150. Dose cutanée totale pour chaque champ irradié : 300. Totalisation des doses par champ, par série de traitement : 900 R.

Sort le 17 mars 1932.

Décédé le 14 juin 1932 des suites de son affection.

Observation XIX

(N° 5017 du C. A. T.)

P. A., 71 ans, veuve, 4 enfants vivants.
Hospitalisée le 30 mai 1932.

Premiers symptômes. — Il y a 4 mois, sur la face dorsale de la main droite, vers l'extrémité digitale des métacarpiens, petit bouton recouvert d'une croûte qui tombe facilement. Ce bouton s'agrandit.

Examen du malade. — Tumeur arrondie de 2 cm. 1/2 de diamètre, couleur rosée, épais bourrelet tout autour. Au centre, profonde incisure se prolongeant entre l'index et le médius. Adhérences aux tendons de l'index et du médius. Pas d'adénopathie.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire, avec masse cornée volumineuse.

Traitement. — 7 juin 1932. Anesthésie locale à la novocaïne après scopolamine-morphine. Amputation du 2e et 3e doigt, du 3e et 2e métacarpien par le procédé classique. Le 2e et 3e métacarpien sont sectionnés aux ciseaux à 2 cm. de leur extrémité supérieure environ.

Suites thérapeutiques normales.

Sort le 27 juin 1932.

Résultats. — Revue le 10 août 1932. Pas d'adénopathie perceptible. Cicatrice en bon état.

En avril 1936, on nous écrit que notre malade jouit d'une santé apparente excellente. Vaque quotidiennement aux travaux journaliers du ménage.

OBSERVATION XX

(N° 5044 du C. A. T.)

S. M., 58 ans, cultivatrice, veuve, 3 enfants vivants.

Hospitalisée le 13 juin 1932.

Premiers symptômes. — Il y a un an, apparaît un petit bouton comme une verrue sur le bord externe de la main gauche. Augmente de volume depuis 2 ou 3 mois.

Examen du malade. — Grosse tumeur bourgeonnante suintante et saignante. Adénopathie axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma atypique en cordons anastomosés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif lâche, faiblement infiltré de cellules mono et polynuclées.

Traitement. — Le 21 juin, exérèse de la tumeur. Suites opératoires normales.

Traitement complémentaire. — Radiothérapique (6 séances). Même application que l'observation XVIII.

Sort le 6 août 1932.

Avril 1936 : A pu reprendre son travail.

OBSERVATION XXI
(N° 5108 du C. A. T.)

C. B., 58 ans, marié, 5 enfants vivants.

Hospitalisé le 6 juillet 1932.

Premiers symptômes. — Il y a 3 mois, traumatisme à la base de l'index droit. 3 semaines après, présence d'une petite verrue qui demeure stationnaire pendant quelque temps. Il y a un mois environ, cette verrue augmente rapidement de volume.

Examen du malade. — Tumeur bourgeonnante à la base de l'index droit sur la face dorsale de la main, du volume d'une grosse noix, indolore, dure, mais suintante, pas de ganglions épitrochléens, adénopathies axillaires bilatérales.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé avec nombreux globes cornés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif lâche, légère infiltration périphérique.

Ganglions : hypertrophie simple sans sclérose.

Traitement. — Le 15 juillet 1932, désarticulation de l'index.

Suites thérapeutiques normales.

Sort le 22 juillet 1932.

Deuxième hospitalisation. — Le 1er août 1932.

Examen du malade. — Tuméfaction dans le creux axillaire droit, la masse est dure et présente de nombreux points de fluctuation. Adénopathies.

Traitement. — Exérèse du ganglion ; drainage et mèchage (fermeture).

Suites thérapeutiques : hémorragie qui cesse après tamponnement.

Résultats. — Sort le 17 août 1932 ; vient se faire panser à titre de malade externe.

Depuis travaille régulièrement dans une usine.

OBSERVATION XXII
(N° 5203 du C. A. T.)

B .M., 73 ans, 4 enfants vivants, veuve.

Hospitalisée le 10 août 1932.

Premiers symptômes. — Croûte sur la main depuis un an.

Examen du malade. — Sur la face dorsale des mains, hyperkératose. Pas d'adénopathie axillaire ni épitrochléenne.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé avec globes cornés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif faiblement infiltré.

Traitement. — Ablation au bistouri électrique des parties exubérantes des lésions.

Traitement complémentaire. — Radium : 6 tubes de 2 mg. sur la lésion. Début le 20 août 1932, fin le 24 août 1932. Mcd. = 8,64.

Sort le 9 août 1932.

Décédée le 28 juin 1935 de son affection.

OBSERVATION XXIII

(N° 5748 du C. A. T.)

P. B., 83 ans, veuf, 4 enfants, vivants, cultivateur.

Hospitalisé le 10 août 1933.

Premiers symptômes. — Grosse verrue sur le dos de la main droite qui, depuis un an, augmente rapidement de volume.

Examen du malade. — Malade conservant un assez bon état général. Tumeur qui recouvre tout le dos de la main droite, de 7 à 8 cm. de diamètre ; aspect du chou-fleur bourgeonnant, de consistance variable, saignant facilement et mobile sur le plan profond. Adénopathies épitrochléenne et axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Traitement. — Radiothérapie (6 séances), palliatif. Doses : temps d'irradiation : 30 minutes. Dose cutanée pour chaque séance en unités R = 110. Dose cutanée totale pour chaque

champ irradié = 330. Totalisation des doses par champ par série de traitement : 990 R.

Sort le 22 août 1933.

On est resté par la suite sans nouvelles de ce malade.

Observation XIV

(N° 5984 du C. A. T.)

L. A., 53 ans, cultivateur, marié, 2 enfants vivants sur 3.

Premiers symptômes. — En 1930, le malade remarque un bouton siégeant sur la première phalange du médius gauche. Lésion qui s'étend depuis.

Examen du malade. — Ulcération profonde sur le 1/3 antérieur du 2e, 3e et 4e métacarpiens et sur la première phalange des doigts correspondants.

Face palmaire : ulcération profonde et purulente des premières phalanges du 3e et 4e doigt ; lésions indolores qui saignent au moindre contact. Pas d'adénopathie épitrochléenne. Adénopathie axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire. Karyokinèses assez nombreuses. Stroma : tissu conjonctif lâche, assez fortement infiltré de lymphocytes et surtout de polynucléaires.

Traitement. — Désarticulation du poignet le 20 juillet 1933.

Traitement complémentaire. — Le 29 juillet 1933 : curage ganglionnaire axillaire.

Pas d'examen anatomo-pathologique des ganglions.

Suites thérapeutiques normales.

Sort le 6 août 1933.

Résultats. — Revu le 6 septembre 1933. Poignet : cicatrice en bon état ; creux axillaire : sur incision, bourgeon brûlé au nitrate d'argent. Sur la lèvre externe de la cicatrice, petite masse dure à surveiller.

Décédé le 1er juin 1935 des suites de son affection.

Observation XXV
(N° 6018 du C. A. T.)

V. M., 90 ans, cultivatrice, célibataire.
Hospitalisée le 24 juillet 1933.

Premiers symptômes. — Depuis un an, sur le dos de la main droite, au niveau d'une plaque d'hyperkératose, apparaît une lésion qui s'agrandit.

Examen du malade. — Sur le dos de la main vaste lésion en chou-fleur reposant sur une base indurée du volume d'un gros écu, dégageant une odeur fétide. Adénopathie axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé, avec globes cornés nombreux. Karyokinèses très rares. Stroma : tissu conjonctif peu serré, assez forte infiltration plasmocytaire.

Traitement. — Exérèse de propreté au bistouri diathermique.
Sort le 2 août 1933.
Décédée en mars 1934.

Observation XXVI
(N° 6159 du C. A. T.)

B. L., 70 ans, cultivateur, marié, pas d'enfant.
Hospitalisé le 18 septembre 1933.

Premiers symptômes. — Il y a 5 ans environ, le malade présente une verrue sur la face dorsale de la main droite au niveau de l'auriculaire ; cette verrue augmente de volume depuis un an.

Examen du malade. — Tumeur végétante de forme ovalaire de 7 à 8 cm. dans son plus grand diamètre. Occupe la face dorsale de la main droite, empiétant surtout sur le bord cubital. Circonscrite par un bourrelet de 1/2 cm. de haut environ, violacée et infiltrée. Tumeur adhérente aux plans pro-

fonds, peu mobile. Infiltration périphérique assez importante, doigts boudinés, déformés.

Adénopathie axillaire droite : 2 ganglions assez gros, durs, et roulant sous le doigt. Un ganglion épitrochléen dur et mobile.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Traitement. — Le malade refuse l'amputation. Radium : appareil cire porteur de 6 tubes de 5 mg. Début le 13 septembre 1933, fin le 30 septembre 1933. Mcd. = 108.

Interruption de 2 jours dans le traitement, puis : appareil cire porteur de 4 tubes de 10 mg. et 10 tubes d 5 mg. Début le 4 octobre 1933, fin le 9 octobre 1933. Mcd. = 81.

Sort le 23 octobre 1933.

Résultats. — Revu le 22 novembre 1933. Pas de ganglions axillaires ; petit ganglion épitrochléen. Lésion de la main en voie de guérison. Revu le 8 janvier 1934. Adénopathies du volume d'une amende dans les deux creux axillaires. Petit ganglion (grain de café) dans la région épitrochléenne droite. Localement, lésion nivelée à l'exception d'un point de surface de un franc.

En avril 1936 : on nous écrit que son état local est très satisfaisant ; par contre, son état général laisse beaucoup à désirer.

Observation XXVII
(N° 6246 du C. A. T.)

D. J., 61 ans, veuf, 3 enfants vivants.
Hospitalisé le 27 octobre 1933.

Premiers symptômes. — Il y a un mois environ petite tumeur de la grosseur d'une lentille, recouverte d'une légère pellicule. Le malade l'irrite régulièrement. Tumeur indolore. Aucune gêne fonctionnelle, aucune réaction fébrile. Elle augmente rapidement.

Examen du malade. — Le malade se présente porteur d'une

tumeur de 2 cm. de diamètre environ, élevée de 1/2 cm., présente un bourrelet épais et infiltré. L'ulcération est recouverte d'une couche jaunâtre, à pourtour arrondi, présentant de légères bosselures. Parfaitement mobile sur le plan profond. Ganglions axillaires petits et durs roulant sous le doigt.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé avec globes cornés volumineux. Karyokinèses très rares. Stroma : tissu conjonctif assez dense, faiblement infiltré.

Traitement. — Le 14 novembre 1933, Anesthésie générale à l'éther. Exérèse de la tumeur, évidement axillaire sans section du pectoral. Localement, suites opératoires normales.

2 jours après : grosse congestion pulmonaire bilatérale. Le 18, œdème de la main et du membre supérieur.

Phlébite certaine. On sent le cordon de la veine. Rien au membre inférieur. Poussée thermique le 22. Faciès cyanosé. Le 26, crachats numullaires et hémoptoïques. Le 28, point de côté ; nouveaux crachats. Le 2 décembre, tout redevient dans l'ordre.

Le malade sort le 16 décembre toussant encore.

Plaies bien cicatrisées, l'œdème du bras a beaucoup diminué.

Résultats. — Revu le 24 janvier 1934. Plaies bien cicatrisées, œdème du bras. 23 mars 1934 : même constat. 4 novembre 1935 : bon état local, par d'adénopathie.

On reste sans nouvelles du malade.

Observation XXVIII

(N° 6372 du C. A. T.)

L. J., 43 ans, cultivateur, marié, 3 enfants vivants ; en 1916, brûlure de la face, du thorax et des mains.

Hospitalisé le 29 octobre 1933.

Premiers symptômes. — En 1932, sur le dos de la main

gauche, ulcération qui s'agrandit progressivement ; petit ganglion dans la région axillaire.

Traitement. — Exérèse de la tumeur au bistouri électrique le 11 avril 1933. 2 séances de radiothérapie sur la plaie.

Traitement complémentaire : Le 15 avril, amputation de l'avant-bras à 10 cm. au-dessous du coude.

Suites thérapeutiques : cicatrisation du moignon en 20 jours ; le malade rentre chez lui le 20 mai.

Résultats. — En juin, le ganglion axillaire augmente de volume, légèrement douloureux ; exérèse du ganglion le 17 juin à l'hôpital militaire.

Septembre : apparition d'un nouveau ganglion dur et mobile. Exérèse le 4 septembre. 2 séances de radiothérapie.

Octobre : 6 séances de radiothérapie. A la dernière séance, douleur qui ne fait qu'augmenter et écoulement roussâtre par la plaie axillaire.

Examen du malade au Centre. — 29 octobre 1933. Le malade présente dans le creux axillaire gauche une ulcération à bord arrondi, léger bourrelet. Cette ulcération paraît siéger sur une cicatrice et un liquide roussâtre s'écoule.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire.

Traitement. — Le 13 janvier 1934, désarticulation de l'épaule. Enorme masse ganglionnaire fixée autour du paquet axillaire.

Suites opératoires : gros choc opératoire.

Sort le 20 février 1934.

Décédé le 30 avril 1934 de son affection.

OBSERVATION XXIX

(N° 6717 du C. A. T.)

P. B., 68 ans, cultivateur, marié, 3 enfants, 1 vivant ; pas d'antécédents.

Hospitalisé le 8 juin 1934.

Premiers symptômes. — Il y a environ 3 ans, petite verrue sur le dos de la main gauche ; il se forme une croûte, qui tombe et se reproduit. La lésion s'accroît depuis un an. En septembre 1933, biopsie insuffisante pour donner un résultat. Le malade a une grippe qui l'empêche de se soigner. La lésion grossit de volume.

Examen du malade. — Sur le dos de la main gauche, ulcération de la surface d'une pièce de 50 cm. reposant sur une base indurée ; ne saigne pas ; pas douloureuse. Pas de ganglions perceptibles à l'aisselle, pas de ganglions épitrochléens.

Traitement. — Radium : 6 mg., 6 aiguilles de 1 mg. incluses dans la lésion. Début le 12 juin 1934, fin le 19 juin 1934. Mcd. = 7,56.

Sort le 19 juin 1934.

Deuxième hospitalisation. — 30 janvier 1935. Ulcération siégeant sur le dos de la main gauche, à 2 cm. 1/2 environ à l'avant-bras du deuxième espace inter-digital.

Forme circulaire avec 1 cm. 1/2 de diamètre. Les bords sont peu épais, rougeâtres, infiltrés, tendus. Le fond est constitué par une masse jaunâtre qui ne laisse rien couler. La périphérie est rouge. Tumeur immobilisable sur les plans profonds.

Biopsie. — Epithélioma spino-cellulaire, en cordons anastomosés avec lobes cornés. Karyokinèses très rares. Stroma : tissu conjonctif dense, scléreux en certains points avec une forte hyperplasie élastique ; infiltration leucocytaire surtout périphérique.

Traitement. — Intervention chirurgicale envisagée : malade grippé ; sera hospitalisé ultérieurement.

Sort le 26 février 1935.

Le 18 avril 1936 : On nous écrit que notre malade ne peut plus rien faire. Les lésions augmentent et à intervalle présentent des hémorragies. Douleurs atroces.

Observation XXX

(N° 6820 du C. A. T.)

M. J., 71 ans, cultivateur, 3 enfants dont 2 vivants.
Hospitalisé le 25 juillet 1934.

Premiers symptômes. — Il y a quatre mois, traumastisme sur le dos de la main gauche ; depuis, ulcération que recouvre une croûte. Malgré les soins, la plaie ne s'améliore pas.

Examen du malade. — Ulcération du dos de la main au niveau du deuxième espace inter-métacarpien. Ulcération suintante, de 1 cm. 1/2 de long sur 1/2 de large. Siégeant sur une petite ulcération qu'entoure un bourrelet dur et rouge. Pas d'adhérence au plan profond. Pas d'adénopathie épitrochléenne ni axillaire.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé avec globes cornés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif assez dense, fortement infiltré de cellules mobiles.

Traitement radiothérapique. — 6 séances. Même traitement que l'observation XVIII.

Sort le 11 août 1934.

Décédé fin août 1934 de congestion cérébrale.

Observation XXXI

(N° 7406 du C. A. T.)

L. J., 66 ans, cultivateur, veuf, 4 enfants dont 1 vivant.
Hospitalisé le 17 avril 1935.

Premiers symptômes. — Il y a environ 10 ans, le malade observe sur le dos de la main droite, au niveau du premier métacarpien, une tumeur d'une grosseur d'une noisette. En janvier 1935, le malade se blesse à ce niveau ; augmentation de la tumeur depuis.

Examen à l'entrée. — Tumeur de 3 cm. environ de diamètre empiétant sur le premier métacarpien, épaisse de 1 cm. Consistance assez dure ; à la pression liquide séreux. Périphérie de la tumeur sans altération. Un ganglion dans le creux axillaire, pas de ganglion épitrochléen.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé avec globes cornés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif peu serré avec forte hyperplasie élastique et légère infiltration par les cellules mobiles.

Traitement. — Ablation de la tumeur en bloc sous anesthésie locale. Suites normales.

Sort le 10 mai 1935.

Résultats. — En avril 1936, on nous écrit que notre malade vaque à ses occupations agricoles et son état semble satisfaisant.

OBSERVATION XXXII

(N° 7429 du C. A. T.)

M. J., 76 ans, cultivateur, marié, 3 enfants, 2 vivants.
Hospitalisé le 2 mai 1935.

Premiers symptômes. — Il y a 8 à 10 ans, petite tâche rouge sur le dos de la main droite, indolore, de la grosseur d'un sou. Par la suite, petite croûte qui tombe et se reproduit sans saigner.

Examen à l'entrée. — Petite tumeur encroûtée, indurée, reposant sur une base également indurée. La tumeur et l'infiltration environnante sont de la grosseur d'un sou. Pas d'adénopathie. En même temps, petit épithélioma de la face. Traité par l'exérèse.

Traitement. — Radium : 10 mg. 5 tubes de 2 mg. sur appareil cire sur le dos de la main. Début le 26 avril 1935, fin le 1er mai 1935. Mcd. $cm^2 = 0,75$.

Sort le 16 mai 1935.

Revu le 17 juin 1935. Cicatrisation complète de la lésion de la main.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XXXIII

(N° 7745 du C. A. T.)

M. J., 71 ans, cultivateur, veuf, 3 enfants, 1 vivant. Pas d'antécédents néoplasiques, personnels et familiaux.

Hospitalisé le 4 septembre 1935.

Premiers symptômes. — Depuis août 1934, petit saillie comme un pois qui s'est agrandie sur la face dorsale de la main droite. En avril 1935 : séances d'électricité. Aucun résultat. Le malade reste sans soins jusqu'à ce jour.

Examen à l'entrée. — Vaste ulcération qui occupe la moitié de la face dorsale de la main. Fond ulcéré avec quelques bourgeons charnus. Pourtour limité par un bourrelet saillant, légèrement anfractueux. Pas d'adénopathie épitrochléenne. Dans l'aiselle droite, plusieurs petits ganglions mobiles dont un gros.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire très riche en globes cornés. Stroma : tissu lâche, œdémateux, infiltré.

Sort le 12 septembre 1935.

Refuse le traitement proposé : amputation de la main.

Résultats. — avril 1936 : les doigts de la main sont tombés. Le malade garde la chambre, mauvais état général (renseignement du maire).

OBSERVATION XXXIV

(N° 8012 du C. A. T.)

D. T., 68 ans, maçon, veuf, 3 enfants vivants.

Brûlures étendues des mains et au tronc à l'âge de 3 ans.
Hospitalisé le 13 décembre 1935.

Premiers symptômes. — Il semble qu'une petit tumeur se serait localisée sur la cicatrice de brûlure, au niveau de la face dorsale de la main gauche.

Examen du malade. — Vaste ulcération du dos de la main gauche de forme bilobée. Petites lésions séparées de cette dernière par de la peau saine. Petite crevasse sur le bord de l'éminence thénar. La grosse lésion ulcéreuse, saignante, immobile sur les plans profonds, bordée, semble-t-il, par les formations tendineuses des extenseurs ; une croûte recouvre la lésion. Pas d'adénopathie axillaire ni épitrochléenne.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire lobulé avec globes cornés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif lâche, faiblement infiltré.

Traitement. — Radium : 40 mg. 8 tubes de 5 mg sur appareil cire. Début le 21 décembre 1935, fin le 28 décembre 1935. Mcd. $cm^2 = 1,54$.
Sort le 30 décembre 1935.

Résultats. — 8 avril 1936. Lésion en voie de cicatrisation se présentant sous la forme d'une ulcération à fond torpide, ne saignant pas. Pas d'adénopathie épitrochléenne ; petit ganglion axillaire du volume d'une noisette, mobile sous la peau et les plans profonds. Un ganglion présentant les mêmes caractères du côté opposé.

Observation XXXV

(N° 8235 du C. A. T.)

C. J., 69 ans, marié, 1 enfant vivant.
Hospitalisé le 11 mars 1936.

Premiers symptômes. — En janvier 1936, petite croûte au niveau de la face dorsale de la main droite. La croûte tombe et une sérosité jaunâtre s'écoule.

Examen du malade. — On constate sur le dos de la main

droite, empiétant sur le cinquième espace inter-métacarpien, une tumeur de 5 cm. environ de diamètre, à bord surélevé, à fond sanieux, fixée sur le plan profond. Pas de ganglions épitrochléens ni axillaires.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma spino-cellulaire en grande partie atypique, architecture en cordons anastomosés. Karyokinèses rares. Stroma : tissu conjonctif assez dense, assez peu infiltré.

Sort le 23 mars 1936 sans traitement.

Conclusions

La gravité des cancers du dos de la main signalée par les anciens chirurgiens est réelle pour les cancers avancés.

Elle relève des dispositions anatomiques spéciales de la région sur laquelle évolue le cancer.

Il faut à ce point de vue signaler :

1° Que la peau du dos de la main est très mince, sans pannicule adipeux et que les tendons, le massif osseux carpien et ses articulations sont immédiatement sous le cancer.

2° Que la main est une partie éloignée du corps et qu'il existe jusqu'à l'aisselle de longs trajets lymphatiques dont on ne peut faire l'exérèse totale.

L'introduction du radium dans la thérapeutique moderne n'a guère modifié le pronostic des cancers du dos de la main.

a) Ceux qui ne sont pas adhérents sont guéris par le bistouri, aussi bien que par le radium.

b) Ceux qui atteignent le plan profond ne relèvent pas du radium.

c) Ceux qui atteignent les ganglions sont difficilement curables quels que soient les procédés employés.

Il convient pour ces cas spéciaux de pratiquer le traitement de la lésion locale en fonction de son degré d'extension (radium ou exérèse locale, désarticulation de la main ou amputation de l'avant-bras) ; on traitera ensuite les adénopathies par l'évidement de l'aisselle, car c'est surtout à ce niveau qu'elles siègent. Cet évidement, dans les cas où la propagation lymphatique sera faite par le mécanisme de l'embolie cancéreuse, pourra être suivi de guérison.

Si le pronostic s'améliore un peu aujourd'hui, cela dépend exclusivement de la précocité du diagnostic et du traitement.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

J. DUCUING.

Vu : *Le Doyen,*

E. BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 25 juin 1936,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université

J. GHEUSI.

Bibliographie

ASTIE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la main. (Thèse Toulouse, 1894-1895).

LABICHE. — L'épithélioma de la main (Thèse Paris, 1896-1897).

LE COUEDIC. — De l'épithélioma sénile du dos de la main (Thèse Paris, 1902-1903).

GARNIER. — De l'épithélioma sénile de la main (Thèse Bordeaux, 1903-1904).

ALQUIER. — Deux cas d'épithélioma de la main (*Bull. Soc. anatomique,* Paris, 1903, p. 45, n° 190275).

BOUCHE. — De l'épithélioma du dos de la main (Thèse Paris, 1905-1906).

MORESTIN. — Epithélioma du dos de la main (*Bull. Soc. Anatomique*, Paris, t. 7, pp. 838-842, n° 190275).

MORESTIN (H.). — Epithélioma du dos de la main (*Bull. Soc. Anatomique,* Paris, 1905, t. 80, pp. 838-842, n° 190275).

RUTHON (D.). — Epithélioma du dos de la main guéri par la radiothérapie (*Gazette méd. du Centre,* Tours, 1906, t. II, p. 83).

HANDL (A.). — Neber eim. grosses sarkom der rechten Hand (Thèse Erlangen, 1906).

TIXIER. — Epithélioma du dos de la main, autoplastie par la méthode italienne ; guérison (*Lyon Médical,* 1907, t. 108, p. 1133, n° 190024).

PÉRALDI. — L'épithélioma du dos de la main (Thèse Montpellier, 1909-1910).

PETIT (G.). — Epithélioma pavimenteux lobulé de la main (*Bull. Soc. Anatomique*, Paris, 1913, t. 87, p. 474, n° 190275).

DUBREUILH (W.). — Greffe par transplantation pour un épithélioma de la main (*Gazette hebd. des Sciences Méd.*, Bordeaux, 1912, p. 489, n° 186019).

CUMSTON. — Epithéliomatous néoplams of the dorsal aspect of the Hand (*The Lancet*, 1917, p. 746, n° 186.032).

FOOTE (E.-M.). — Transplant. of hand after opération for carcinoma (*Annales of Surgery*, 1918, t. 67, p. 629, n° 190083).

MAUCLAIRE. — Ectrodactylie artificielle pour épithélioma du milieu du dos de la main (*Bull. Soc. Chirurgic.*, Paris, 1920, t. 46, p. 1101, n° 190005).

POTHERAT. — Epithélioma développé sur une cicatrice de radiodermite et ayant entraîné l'amputation de la main droite (*Bull. Soc. Chirurg.*, Paris, 1920, t. 46, p. 355, n° 190005).

REMILLY (A.). — Epithélioma cutané du dos de la main (*Bull. Soc. Anatomique*, Paris, 1920, t. 90, pp. 159-161, n° 190275).

BUFALINI (M.). — Contributo allo studio anatomo-pathologguo et chimico dei sarcomi della mano alla protesi cinematica a motore alternante dell'avambraccio (*Archives Ital. di chirurg.*, 1922, t. IV, pp. 189 à 209).

MASSON (M.-L.). — Hand cancer (*Arch. Surgery*, mai 1929, pp. 2107 à 2158).

LOUSTE, LÉVY, FRANKEL et CAILLIAN. — Epithélioma du dos de la main (*Bull. dermatologie*, 1931, p. 640, n° 190251).

WELSH (D.-A.). — Pathology of cell in relation to radiosensitivity and radio-résistance ; critical study of some squamous carcinomata growing from back of hand

(*J. Cancer Research. Com. Univ.*, Sydney, 2 novembre 1931, t. 3, pp. 173 à 191).

NICOLAS (J.), MASSIA (G.) et WEIGERT (H.). — Epithélioma spino-cellulaire du dos de la main avec cicatrisation centrale spontanée (*Bull. Soc. Franç. dermat.*, 1931, pp. 484-485, n° 190251).

BORDIER. — Cancers consécutifs aux radiodermites. Leur évolution, leur traitement (*Paris Médical*, 1933, 4 février, pp. 109 à 114, n° 186487).

DUBROT et LOYGNE (G.). — Epithélioma spino-cellulaire prost traumatique. Rapidité d'apparition (main) (*Pratique Méd. Franç.*, 1933, t. 14, pp. 743-748).

BÉCLÈRE (A.). — Le cancer des radiologistes (des mains) (*Bull. Académie Médecine*, 1933, t. 110, pp. 156-161, n° 190043).

AADAIR (F.-E.). — Epithélioma of the hand ; types and treatment (*Sing. climès of North Arnica*, avril 1933, pp. 423-430).

VIGNE (P.), CASTILLON et DUSAN. — Epithélioma de la main développé sur une radiodermite généralisée de la face dorsale (*Marseille Méd.*, 1933, t. I, p. 649, n° 190085).

MILIAN. — Epithélioma érythémateux du dos de la main (*Soc. Franç. dermatologie*, 8 novembre 1934).

ABECASSIS et DUVOIR. — Hand malpighian épithélioma resulting from occupational injury (*Annales de Méd. légale*, 1934, septembre, t. 14, pp. 833-836).

BUTTERWORTH (T.) et KLANDER (V.). — Mélanomes malins développés sur des verrues (Rapport de cinquante ans, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1934, t. 102, pp. 739 à 745, n° 186039).

PETGES et DUBARRY. — Epithélioma spino-cellulaire du dos de la main (*Journ. médecine de Bordeaux*, n° 5, 20 février 1934, n° 186017).

HENDLEY (W.-S.). — Treatment of X ray carcinoma hand (*The Lancet*, 1934, t. I, pp. 120-122, n° 186032).

GOURGEROT et MEYER. — Epithélioma spino-cellulaire consécutif à la piqûre par une écharde de bronze du dos de la main souilié d'huile de machine (*Bull. Soc. Dermat. et syph.*, n° 2, février 1935, p. 278, t. 46).

OCHSNER (E.-H.). — Ray. X. Carcinoma of both. and. (*Ame. journ. Surg.*, mai 1935, t. 28, pp. 273-276).

FABRE (P.-Ch.). et DAMBRIN (P.). — Tumeur pseudo-anévrysmale de la main (*Annales Anat. path.*, 7 mars 1935, pp. 380-383, n° 191372).

Imp. Toulousaine (Lion et Fils), 2, rue Romiguières, Toulouse